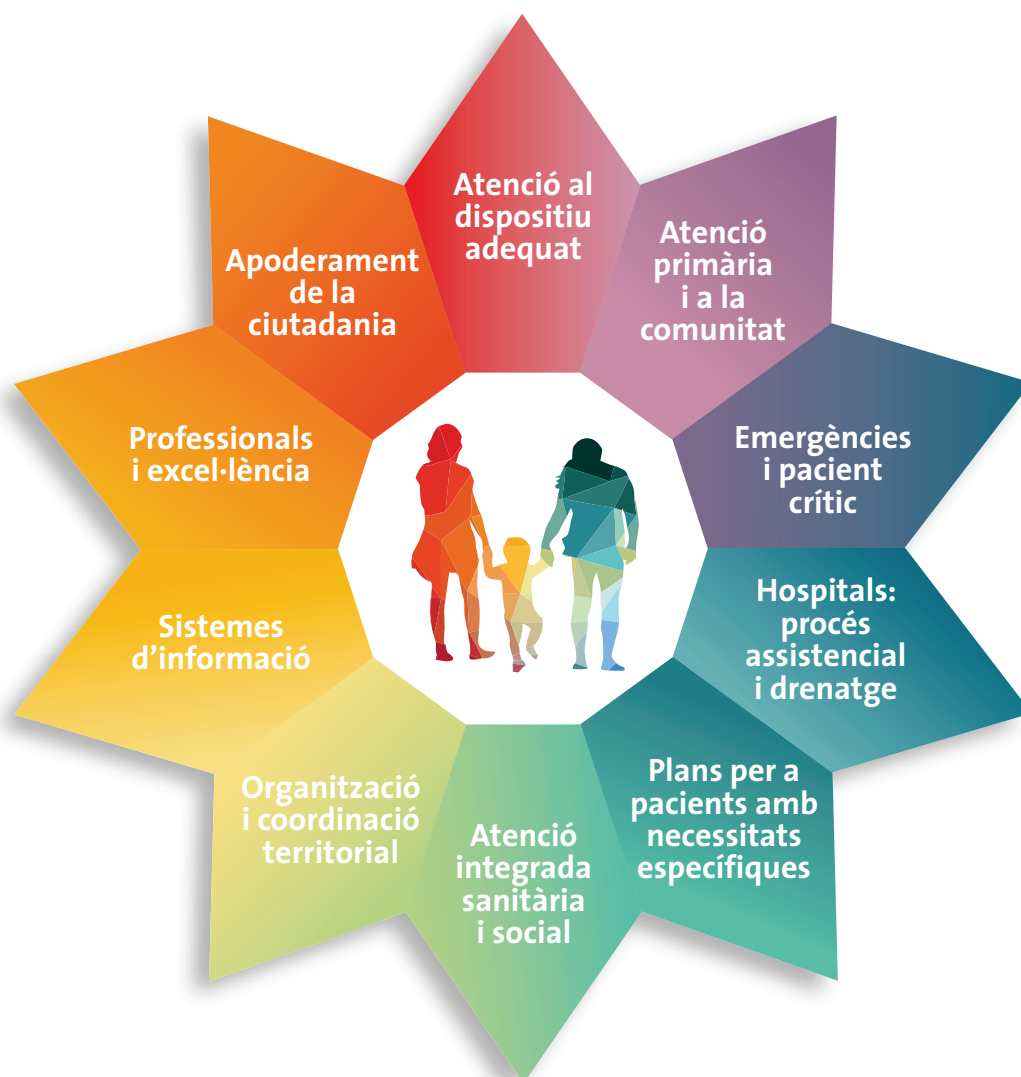


Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC)



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



CatSalut

Servei Català
de la Salut

Pla nacional d'urgències de Catalunya



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ca>

© 2017, Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Edició
Servei Català de la Salut

	Presentació	6
1	Resum executiu	9
2	Principis inspiradors	12
3	Missió i objectius generals	13
4	Metodologia d'elaboració del Pla	14
5	Marc sociodemogràfic actual	16
6	Concepte d'atenció continuada i urgent	20
7	Model actual de l'atenció urgent	23
7.1	Definició dels dispositius	23
7.2	Plans específics	32
7.3	Model d'organització territorial de les urgències	34
7.4	Els professionals	34
7.5	Sistemes d'informació	35
7.6	Utilització de l'atenció continuada i urgent i perfil dels pacients	36
7.7	Satisfacció dels pacients	47
8	Reptes, eixos i accions	50
9	Calendari d'actuacions	110
10	Glossari	117
11	Annexos	120
	Annex 1. Comparativa de models internacionals d'atenció continuada	121
	Annex 2. Centres d'atenció primària que fan atenció continuada i CUAP	125
	Annex 3. Hospitals d'aguts	128
	Annex 4. Sectorització de salut mental	129
	Annex 5. Distribució de bases i recursos del SEM	132
	Annex 6. Fitxes dels codis d'actuació: IAM, ictus, politrauma i sèpsia	146
	Annex 7. Anàlisi dels professionals del Comitè d'Experts	157
	Annex 8. Informe sobre el nivell de triatge hospitalari (2016)	158

Presentació

L'atenció urgent és un dels serveis més visibles que ofereix qualsevol sistema sanitari públic. Per la seva naturalesa de demanda de salut més o menys abrupta i el grau d'incertesa que pateix el ciutadà quan consulta, la qualitat del servei i la percepció que en té la persona prové d'una suma molt específica entre la capacitat de resolució, la seguretat clínica, el tracte interpersonal, la gestió del temps i el confort. Atesa la proximitat dels serveis d'atenció a la demanda urgent, la seva qualitat és un dels principals factors generadors de confiança en el sistema sanitari d'un país i modula l'ús que la ciutadania fa d'aquests serveis. De manera que, a través de la millora de la qualitat de la xarxa d'atenció urgent i continuada, es pot millorar l'ús que en fa la població. En últim terme, doncs, l'eficàcia i la sostenibilitat de la xarxa d'atenció urgent d'un país depenen intrínsecament de la qualitat dels serveis que ofereix a la població.

Això és especialment rellevant en un moment com l'actual, en què la major part de països del nostre entorn han vist augmentar les visites als serveis d'urgències durant l'última dècada, tal com es feia ressò l'informe de l'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE) publicat l'any 2015 sota el títol *Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand*. En aquest informe es posava de manifest que l'Estat espanyol registra la segona taxa més elevada d'utilització dels serveis d'urgències de l'OCDE, només superat per Portugal. Avui sabem que Catalunya no ha estat al marge d'aquest increment en la utilització dels serveis d'urgència. L'envelliment de la població i la cronificació de malalties expliquen probablement bona part d'aquest augment, i posen en evidència, al mateix temps, la ne-

cessitat d'adaptar els serveis que ofereixen la xarxa pública de salut i la xarxa d'atenció urgent, en concret.

Avui en dia, Catalunya té uns serveis d'urgències molt ben valorats pels seus usuaris, tal com evidencien les enquestes de satisfacció que periòdicament realitza el Servei Català de la Salut. Tenim una xarxa de dispositius i de professionals propera al ciutadà i capaç de bastir circuits assistencials que ens han situat al capdavant d'Europa en determinades malalties. Al mateix temps, però, aquesta xarxa i els seus professionals no han estat aliens a tensions generades arran de la crisi socioeconòmica que ens ha afectat en els darrers anys: les urgències són un dels àmbits on es posa més de manifest l'impacte dels determinants socials en la salut de la població. Per tot plegat, els reptes que es plantegen en aquest àmbit són evidents: l'augment de la fragilitat requereix una atenció més centrada en el confort i en les expectatives dels pacients; els nous perfils de demanda requereixen noves ofertes assistencials; l'esgotament dels actuals fluxos de l'atenció urgent, excessivament orbitants entorn dels hospitals, demanden apoderar altres actius de la xarxa com són l'atenció primària o l'àmbit sociosanitari. En definitiva, davant d'uns reptes ja del tot inajornables, calen solucions innovadores. Unes solucions que ja fa anys que es discuteixen en l'àmbit professional, l'autèntic motor generador de coneixement assistencial, però que ara cal assumir des del poder polític.

Aquest Pla nacional d'urgències de Catalunya és el fruit d'un treball que va començar fa un any enrere sota el paraigües del Pla director d'urgències del Servei Català de la Salut i amb la participació de més de

cinquanta professionals experts de tots els àmbits de la xarxa d'atenció urgent i continuada. D'acord amb uns principis inspiradors que recullen l'essència dels principals valors del nostre sistema sanitari públic (l'equitat, la qualitat i l'eficiència), el Pla proposa unes línies d'acció que parteixen d'un diagnòstic rigorós i exhaustiu de la situació actual, amb les seves fortaleces i les seves mancances. Per aquest motiu, cal agrair a totes les persones que han participat en el procés d'elaboració del Pla nacional d'urgències de Catalunya: el coneixement transversal que és a la seva base constitueix la seva principal garantia d'èxit.

En definitiva, aquest Pla proposa un procés de transformació de la xarxa profundament complex per la multiplicitat d'actors que hi intervenen i obligatòriament progressiu per la necessitat que implica de reorientar els dispositius que l'integren. Però, en canvi, només persegueix un únic objectiu: fer de les persones, amb els seus valors i les seves expectatives, l'autèntic centre de gravetat de la xarxa d'atenció urgent i continuada del nostre país.

Antoni Comín i Oliveres
Conseller de Salut

1. Resum executiu

- El Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC) és el resultat d'un llarg procés de reflexió i treball iniciat l'any 2016 en què han participat diversos agents implicats en l'atenció continuada i urgent: professionals de diferents nivells assistencials i perfils, representants del món local, proveïdors, entitats de pacients, associacions de veïns i d'usuaris, professionals del Departament de Salut i del Servei Català de la Salut, entre d'altres.
- Per atenció urgent s'entén aquella que es presta per part de professionals especialment destinats a aquest tipus d'atenció, en recursos i dispositius específics, i que no admet demora en relació amb el potencial risc vital, o a la percepció del ciutadà de la necessitat d'atenció immediata.
- L'actual realitat sociodemogràfica, amb la població cada vegada més envellida i amb majors desigualtats econòmiques, i els canvis en les necessitats de salut de la població, han portat a un augment de la utilització dels serveis d'urgències. Aquest context fa necessària l'adaptació dels serveis d'atenció continuada i urgent, organitzants a través d'una xarxa integrada que permeti donar resposta efectiva a les necessitats de la població. Aquest no és un fet aïllat de Catalunya, sinó que s'observa la mateixa tendència als països del nostre entorn.
- Per donar resposta a aquesta necessitat, el PLANUC té com a missió principal assegurar que tota persona rebi una atenció continuada i urgent equitativa i de qualitat, i que s'adapti a les necessitats de salut de les persones, a través d'una xarxa d'atenció integrada, accessible i resolutiva, liderada per professionals, que situï el ciutadà al centre del sistema.
- A Catalunya l'atenció a les urgències s'articula a través de diferents dispositius: el 061 CatSalut Respon, els centres d'atenció primària (CAP), els punts d'atenció continuada (PAC), els dispositius d'urgències d'atenció primària en entorns aïllats (DEA), els centres d'urgències d'atenció primària (CUAP), la xarxa d'oficines de farmàcia, els hospitals i el SEM, que actuen en xarxa per tal de garantir l'accés equitatiu i de qualitat a l'atenció urgent, i s'adaptin a les necessitats de cada territori. Tot i això, s'observa variabilitat territorial en la distribució d'alguns dispositius, per la qual cosa és necessari reordenar-los.
- L'organització de l'atenció urgent amb risc vital a través de codis és un model pioner internacionalment, que presenta molt bons resultats en termes de qualitat i satisfacció de l'atenció.
- L'entorn laboral, l'adequada dotació i la formació dels professionals que treballen als diferents dispositius d'urgències són aspectes clau per garantir la qualitat de l'atenció.
- Actualment, es disposa de sistemes d'informació de l'activitat de l'atenció continuada i urgent; tot i així, es fa necessari que aquests evolucionin per poder realitzar un seguiment més acurat i en temps real de l'activitat en aquests serveis.
- L'any 2016 es van atendre 7 milions de visites als serveis d'urgències. El 49,4% del total van ser als hospitals, el 15% als CUAP, el 22,4% a la resta de dispositius d'atenció primària i el 13,2% al SEM. Més de la meitat de les urgències ateses als hospitals són de baixa

complexitat (nivell 4). Si s'analitza per grups d'edat, s'observa que en la població adulta hi ha un gradient pel que fa a la complexitat de les visites ateses, que s'accentua en la població major de 85 anys, en què la majoria són de mitjana o alta complexitat.

- La satisfacció global dels usuaris amb l'atenció hospitalària urgent l'any 2016 és de 7,51 sobre 10 i l'índex de fidelitat del 80,3%.
- Per donar resposta a les necessitats del conjunt del sistema, el PLANUC s'estructura en 10 grans eixos d'intervenció que preveuen el desplegament de 30 accions.

- Eix 1: Atenció en el dispositiu més adequat; per a uns serveis sanitaris resolutius en el temps òptim (2 accions)

El o61 CatSalut Respon ha de ser l'eix integrador de l'atenció no presencial urgent i continuada, organitzada a través de circuits àgils per millorar la continuïtat de l'atenció entre els diferents agents.

- Eix 2: L'atenció primària a la comunitat com a primer nivell d'atenció (3 accions)

L'ordenació dels dispositius d'atenció continuada a través de criteris d'accessibilitat, d'activitat i socioeconòmics és clau per garantir l'equitat d'accés de la població i augmentar la resolució d'aquests dispositius.

- Eix 3: Les emergències i la coordinació dels dispositius hospitalaris per a l'atenció del pacient crític (5 accions)

El SEM ha de ser declarat com a servei públic essencial. A la vegada, ha d'actuar en xarxa i ha d'adaptar de manera continuada la seva cartera de serveis i la distribució dels dispositius mòbils per tal de respondre a les necessitats canviants de la població.

Eix 4: L'atenció urgent hospitalària: procés d'atenció, organització i drenatge (5 accions)

Els serveis d'urgències dels hospitals han d'estar equiparats a la resta de serveis, amb estructura organitzativa pròpia. Per millorar el procés assistencial, cal homogeneïtzar el triatge i, en el marc de l'hospital, disposar d'unitats d'observació d'urgències efectives, optimitzar el procés de drenatge i estendre les alternatives a l'hospitalització convencional, per tal d'adaptar-se a les necessitats de la ciutadania.

Eix 5: Plans específics per a pacients amb necessitats específiques (5 accions)

Els dispositius d'urgències s'han d'adaptar per donar resposta a les necessitats dels grups de població que requereixen un abordatge específic, com són la població en edat pediàtrica, les persones amb malalties oncològiques, amb malalties cròniques o amb situacions de fragilitat, les persones institucionalitzades en residències geriàtriques i les que tenen problemes de salut mental i addiccions.

Eix 6: L'atenció urgent i l'atenció integrada social i sanitària (2 accions)

Els dispositius d'urgències i atenció continuada han d'estar preparats per a l'abordatge de la problemàtica social i han d'integrar diversos perfils professionals i d'activació dels recursos socials quan sigui necessari. Alhora, s'han de potenciar els serveis de mediació intercultural per tal de contribuir a l'equitat de l'atenció.

Eix 7: Organització territorial i coordinació de dispositius i recursos (2 accions)

Els comitès operatius d'urgències i emergències s'han de desplegar de manera efectiva i han d'actuar com a òrgans d'ordenació, integració i gestió dels serveis d'urgències al

territori. L'instrument d'actuació principal d'aquests comitès són els plans d'urgències i atenció continuada territorials, que han de ser elaborats amb la participació dels professionals assistencials del territori.

Eix 8: Sistemes d'informació (2 accions)

Per poder millorar la gestió i adequació dels serveis d'atenció continuada i urgent, cal disposar de sistemes d'informació robustos, integrals, de qualitat i accessibles per als diferents agents implicats, que permetin prendre decisions de manera informada i en temps real.

Eix 9: Els professionals com a principals garants d'una atenció d'excel·lència (3 accions)

L'elaboració d'un pla de recursos humans per als professionals d'atenció continuada i urgent i el dimensionament dels dispositius ha de permetre el desenvolupament professional d'aquest col·lectiu. Alhora, cal donar suport a la creació de l'especialitat primària de medicina d'urgències i emergències i al desenvolupament de l'especialitat d'infermeria d'urgències i emergències.

Eix 10: Apoderament de la ciutadania (1 acció)

Cal fer un pla general de comunicació i informació des del Departament de Salut que impulsi campanyes de comunicació i informació en salut i atenció urgent a la ciutadania, per augmentar-ne l'apoderament.

2. Principis inspiradors

El PLANUC s'inspira i és promogut pels principis següents:

1. El **Pla de salut de Catalunya 2016-2020**, com a marc de referència per a totes les actuacions públiques en matèria de salut que desenvolupa la Generalitat de Catalunya, amb l'objectiu principal de millorar la salut i la qualitat de vida de la població.
2. La **Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària** actualitzada l'any 2015, com a contracte social entre la ciutadania i els prestadors de serveis, en què es reflecteixen els drets i deures que són d'especial aplicació en el context de l'atenció urgent. És imprescindible que el PLANUC prevegi el compliment dels drets de la ciutadania alhora que es recordi el compliment dels deures quan s'escaigui.
3. **L'equitat** per tal d'assegurar que els ciutadans de Catalunya tinguin una atenció que garanteixi els mateixos resultats de salut sigui on sigui el seu lloc de residència. Per tant, l'equitat s'ha d'orientar cap a l'obtenció dels resultats relacionats amb l'atenció rebuda, enlloc de cap a la ubicació o el nombre de dispositius d'urgències simultàniament oberts.
4. **L'accessibilitat** que és inherent a l'esperit de l'atenció urgent amb una xarxa de dispositius oberts les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any, i una distribució que garanteixi un dels principis bàsics de l'atenció urgent: el factor temps. Per tant, els diferents dispositius han de ser accessibles per la ciutadania garantint un temps òptim d'inici d'assistència i de resolució del procés assistencial.
5. **L'efectivitat**, amb l'homogeneïtzació de les actuacions del procés d'urgències, basades en l'evidència científica i les pràctiques que presentin millors resultats en relació amb els recursos i mitjans disponibles.
6. La **territorialització** i el treball **coordinat** i en **xarxa** entre els diferents dispositius per tal de resoldre els problemes el més a prop possible del pacient, a través del treball coordinat entre els serveis i professionals distribuïts arreu del territori.
7. La **visió integradora dels recursos socials i sanitaris**, tant per part dels responsables polítics, gestors i professionals com per part de la ciutadania, per tal que es doni la millor assistència possible amb els recursos disponibles i que alhora aquests, una vegada optimitzats, s'adeqüin a les necessitats dels ciutadans assistits i dels professionals que hi treballen.
8. La **participació de la ciutadania i dels professionals**, com a actors clau del procés de l'atenció continuada i urgent, amb l'augment del rol dels professionals en el procés de planificació i l'apoderament de la ciutadania per a la presa de decisions més informada.
9. La **sostenibilitat** per tal de garantir que les accions proposades i dutes a terme tinguin garanties de la seva perdurabilitat en el temps a partir del finançament del Departament de Salut, tenint en compte que aquest finançament ha de donar resposta a la globalitat de les necessitats de salut de la ciutadania.
10. La **qualitat i millora continua** del procés assistencial com a principi integral que busca garantir la provisió d'uns serveis d'excel·lència a la ciutadania.

3. Missió i objectius generals

El PLANUC té com a missió principal assegurar una atenció continuada i urgent equitativa i de qualitat, adaptada a les necessitats de salut de les persones, a través d'una xarxa d'atenció integrada, accessible i resolutiva, liderada per professionals, que situï el ciutadà al centre del sistema.

D'acord amb aquesta missió, els objectius del Pla són els següents:

1. Garantir l'equitat territorial en l'accés a la xarxa d'atenció continuada i urgent del sistema públic de salut.
2. Ordenar territorialment l'atenció continuada i urgent, impulsant el treball en xarxa entre els diferents agents que hi intervenen, amb el lideratge dels professionals.
3. Adequar els processos i dispositius assistencials a les necessitats de salut de la ciutadania.
4. Millorar la qualitat del procés d'atenció continuada i urgent.
5. Informar i apoderar el ciutadà en l'ús dels recursos adequats segons les necessitats.
6. Potenciar entorns laborals que promoguin el lideratge professional, les competències, funcions i responsabilitats.

4. Metodologia d'elaboració del Pla

El Pla d'urgències de Catalunya respon a la necessitat d'ordenar l'atenció continuada i urgent a Catalunya, establerta com una actuació estratègica pel Departament de Salut i el Servei Català de la Salut, seguint el mandat del Pla de Govern.

La seva elaboració es va iniciar l'any 2016, a partir de la constitució d'un Comitè d'Experts, desplegat per tal de copsar la visió dels professionals de l'àmbit de l'atenció d'urgències i emergències del model actual, així com per recollir les propostes d'actuació de futur. La composició del Comitè d'Experts va ser multidisciplinària i transversal, formada per 41 professionals de tots els àmbits de l'atenció sanitària urgent (assistencials i no assistencials) de Catalunya, escollits per la seva reconeguda experiència. Alhora, en el procés de treball, també hi han participat diferents col·laboradors externs, que han aportat la seva opinió i expertesa en temes específics.

La discussió i els grups de treball realitzats en el marc del Comitè d'Experts van girar al voltant de 9 àmbits d'estudi: el Sistema d'Emergències Mèdiques, les urgències d'atenció primària, les urgències d'atenció hospitalària, la integració del sistema, la política futura de l'emergència, la patologia sense risc vital, el grup de pacients amb MAT 3, la regulació del temps a urgències i els recursos humans. A través del treball dels diferents grups es van elaborar les propostes d'actuació, validades en les sessions plenàries amb tots els membres del Comitè d'Experts. En total es van realitzar 8 sessions plenàries del Comitè, a més de múltiples trobades i sessions dels grups de treball. Fruit d'aquestes reflexions, el Comitè va elaborar un conjunt de recomanacions per tal de millorar l'atenció continuada i urgent a Catalunya que es van presentar al Servei Català de la Salut el desembre de 2016.

Adicionalment, per tal de definir els criteris d'ordenació de la xarxa d'atenció continuada i urgent de l'àmbit de l'atenció primària, s'ha realitzat un procés participatiu amb l'objectiu de copsar l'opinió dels diferents agents implicats del territori: representants del món local, proveïdors, entitats de pacients, associacions de veïns i d'usuaris. S'han realitzat 9 sessions de debat arreu del territori entre els mesos d'octubre i novembre de 2016, amb la participació de més de 150 persones. Paral·lelament, s'ha obert a tota la ciutadania la possibilitat de participar en línia mitjançant el portal participa.gentcat.cat. A través dels resultats d'aquest procés, i dels criteris tècnics de planificació sanitària, s'han elaborat les directrius que han de servir per ordenar l'atenció continuada de Catalunya.

D'altra banda, per tal d'avaluar els resultats inicials de la posada en marxa del concurs de transport sanitari integrat (TSI), l'any 2016 es va realitzar una anàlisi quantitativa i qualitativa per part de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) i el Servei Català de la Salut, respectivament. L'estudi quantitatiu analitzava les dades d'activitat des de la posada en marxa del model i extreia els principals punts de millora. Pel que fa a l'anàlisi qualitativa, es van desplegar grups focals amb l'objectiu de copsar l'opinió, valoració i percepció dels professionals de les emergències mèdiques i experts en la matèria, sobre el nou model de transport sanitari integrat. A partir de les conclusions d'aquestes anàlisis, s'estan duent a terme actuacions per millorar la qualitat del model del transport sanitari integrat.

Partint de l'actual context sociodemogràfic i de morbiditat, de l'anàlisi de l'ordenació i del model de l'atenció continuada i urgent, i de les recomanacions proposades en el marc de les tres línies de treball participatiu amb agents del sector, s'articulen els eixos del Pla nacional d'urgències, i els objectius i accions concretes subsegüents.

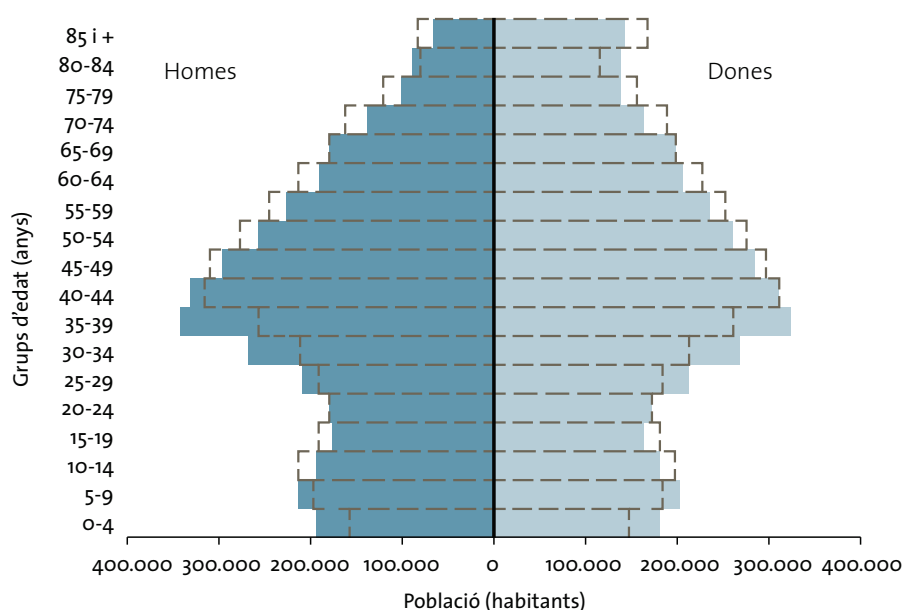
5. Marc sociodemogràfic actual

El sistema sanitari català, com la majoria dels sistemes dels països del nostre entorn, ha de donar resposta a les necessitats assistencials d'una població cada vegada més envellida i amb malalties més cròniques. La disminució dels naixements des de l'any 2008, juntament amb l'augment de l'esperança de vida de la població catalana, són algunes de les principals causes del context demogràfic en què ens trobem actualment.

Tal com mostra l'Informe de Salut 2016,¹ a Catalunya, durant els darrers anys, l'esperança de vida en néixer segueix una tendència a l'augment, i se situa en 83,4 anys el 2014 (80,5 anys per als homes i 86,1 anys per a les dones), mentre que l'esperança de vida en bona salut és de 68,4 anys (67,9 anys per als homes i 68,8 anys per a les dones). Cal destacar que l'esperança de vida de les dones catalanes se situa per damunt dels valors de l'Estat espanyol i de la resta de països de la Unió Europea, i en el cas dels homes aquest indicador també està per sobre del de l'Estat espanyol i ocupa la sisena posició a la Unió Europea.

Aquestes xifres porten a configurar un escenari per als propers anys caracteritzat per l'augment de la proporció de persones de 65 anys i més, així com de l'índex de sobreenvelliment. S'estima que a Catalunya l'any 2020 hi haurà prop d'1.500.000 persones de 65 anys i més, de les quals més de 250.000 tindran 85 anys i més.

Figura 1. Piràmide de la població de Catalunya l'any 2015 i projecció per a l'any 2020



Font: Idescat. Padró municipal d'habitants 2015 i població projectada a 1 de gener de 2020 segons sexe i edat quinquennal (escenari mitjà, base 2013).

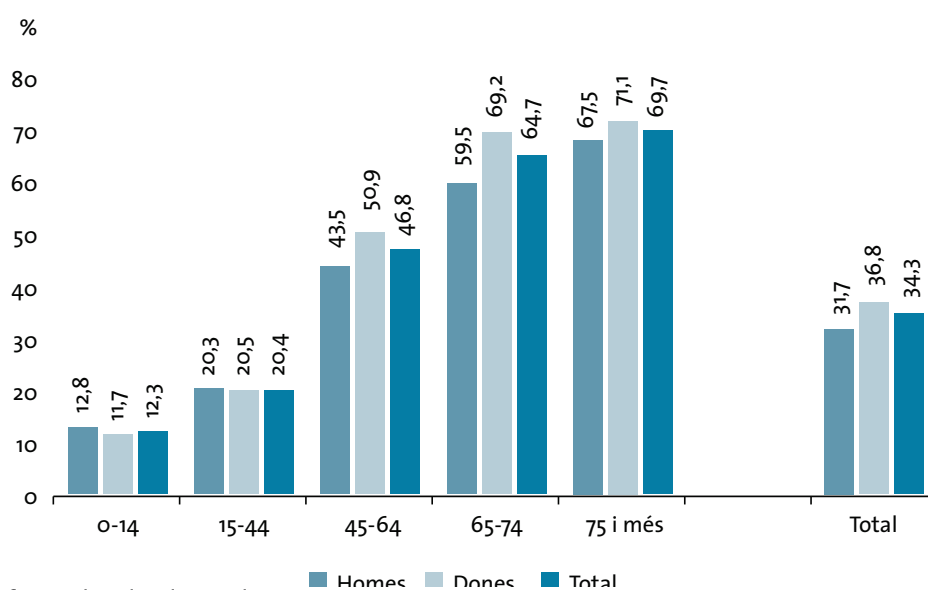
Pel que fa a la mortalitat, el 61,9% de les defuncions es produeixen passats els 80 anys. Els tumors són la primera causa de mort (28,2% de totes les defuncions), seguida de les malalties cardiovasculars (27,9% de les defuncions). En les dones, les demències i les malalties

¹ Informe de salut 2016, Direcció General de Planificació en Salut (Departament de Salut) http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/pla_de_salut/documents/arxius/informedesalut2016.pdf.

cardiovasculars són les patologies més freqüents associades a la mortalitat; mentre que en els homes són el càncer de pulmó i les malalties isquèmiques del cor.

De forma paral·lela a l'envelliment de la població, s'està produint un augment de la càrrega de malalties cròniques que pateix la població, ja que la morbiditat de la població es concentra en les edats avançades. Tal com mostra l'Enquesta de salut de Catalunya,² el 34,3% de la població pateix alguna malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada. Si s'analitza per sexes, s'observa que aquest percentatge és superior en les dones, i que augmenta amb l'edat (del 12,3% en la població de 0 a 14 anys al 69,7% en la població a partir dels 75 anys). A la vegada, s'observa que els percentatges més elevats de població que pateix algun trastorn crònic es donen entre les persones de classes menys afavorides i les persones amb estudis primaris o sense estudis.

Figura 2. Percentatge de població general que pateix una malaltia o problema de salut crònic o de llarga durada per edat i sexe. Catalunya, 2015



Font: Informe de salut de Catalunya 2015.

Adicionalment a aquests reptes estructurals als quals ha de fer front el sistema nacional de salut català, s'hi troben elements conjunturals, marcats per l'impacte de la profunda crisi econòmica dels darrers anys. Aquesta crisi, iniciada l'any 2008, ha afectat les condicions de vida i de salut de la població. La taxa d'atur ha estat un dels indicadors que s'ha vist més afectat, i s'ha situat en un 18,6% l'any 2015 (el 2007 era del 6,5%). Especialment destacat és l'augment de la taxa d'atur de llarga durada (desocupats que fa com a mínim 12 mesos que estan a l'atur), que l'any 2015 era del 10,4% (l'any 2007 era del 1,3%).

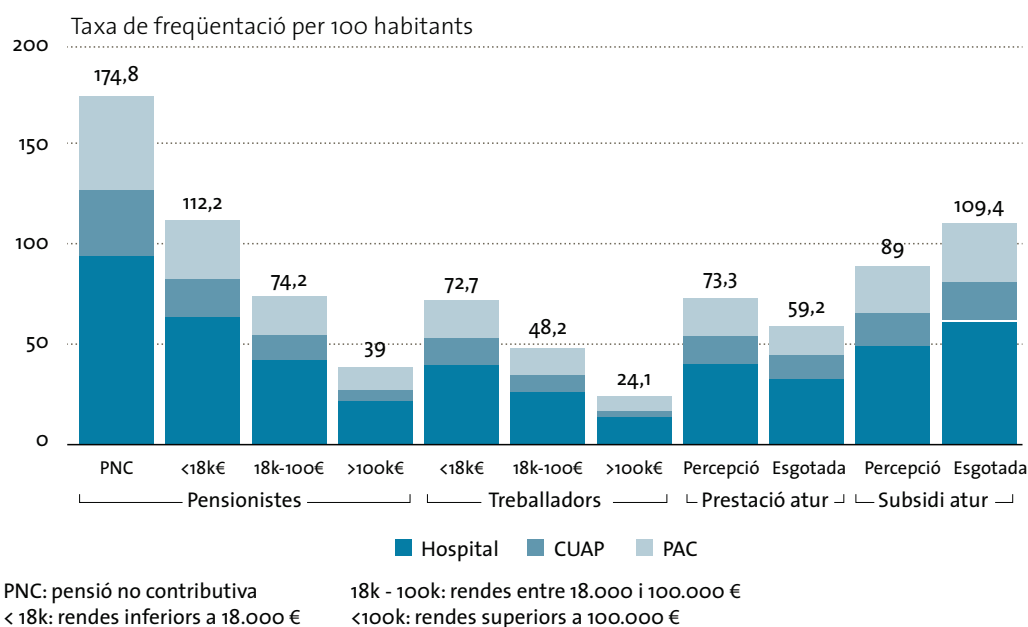
Una altra de les conseqüències de la crisi econòmica ha estat l'increment de persones que viuen per sota del llindar de risc de pobresa després de rebre transferències socials, que l'any 2015 ha arribat a 1.450.000 persones (19% de la població). Paral·lelament, el període 2008-2015 s'ha caracteritzat per un augment de les llars que pateixen privació material greu (491.000 l'any 2015). Alhora, s'observa un increment de la desigualtat econòmica: l'any 2015 el 20% de població amb nivell econòmic més alt tenia sis vegades més renda que el 20% de població amb menys renda.

² Enquesta de salut de Catalunya 2015 http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/.

Aquests elements tenen especial rellevància en el context actual, ja que l'evidència ha demostrat la importància dels determinants socials i econòmics per explicar la salut de la població, i el seu impacte en la utilització de recursos sanitaris.

Tal com s'exposa a l'informe *Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya*,³ existeix gradient socioeconòmic en la utilització dels serveis d'urgències, i són els grups de població de menor nivell socioeconòmic els que utilitzen més aquests serveis, especialment en el grup d'edat entre 15 i 64 anys. Tal com s'observa a la figura 3, en el grup de persones pensionistes, les que fan una major utilització dels serveis d'urgències són les persones que reben una pensió no contributiva, i la freqüentació disminueix a mesura que la quantia de la pensió contributiva augmenta. Pel que fa al grup de persones treballadores, s'observa la mateixa tendència que en el grup anterior i són les persones que tenen una renda inferior als 18.000 € anuals les que fan una major utilització dels serveis d'urgències.

Figura 3. Utilització dels serveis d'urgències segons el nivell socioeconòmic. Catalunya, 2015



Font: Base de dades de morbiditat, CatSalut.

Si s'analitza per sexe i grups de població segons el nivell socioeconòmic, s'observa que un 39% de les dones que han esgotat el subsidi de desocupació, que reben una renda mínima d'inserció (RMI) o que reben una renda activa d'inserció (RAI) són ateses a urgències; mentre que les que tenen una renda superior a 100.000 euros aquesta xifra és de l'11,7%. Pel que fa als homes, les xifres se situen en un 33,4% per al primer grup i un 11% per al segon. Si s'analitza el grup de persones de 65 anys o més, s'observa que aquest grup és el que fa un major ús dels serveis d'urgències. El patró d'utilització d'aquest grup d'edat també mostra un gradient socioeconòmic: un 45% de les dones de nivell socioeconòmic més baix i un 18% de nivell més elevat fa ús dels serveis d'urgències; pel que fa als homes, la utilització és d'un 46,8% i un 18,3%, per als respectius grups. Per últim, en el grup d'edat de menors de 15 anys, les nenes de menor nivell socioeconòmic són ateses un 37,5% i les de major un 17,3%. Pel

3 Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya, Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2017.

que fa als nens, un 41% dels de menor nivell socioeconòmic i un 19,3% dels de major nivell són atesos als serveis d'urgències.

En aquest sentit, el PLANUC s'emmarca en un context en què ha de donar resposta als canvis en la morbiditat de la població, que tenen impacte en la demanda de serveis sanitaris i requereixen l'articulació de noves respostes i canvis en el model d'atenció.

- El sistema sanitari català ha de fer front a una població amb major esperança de vida, cada vegada més envellida i amb major prevalença de malalties cròniques, i amb majors desigualtats socioeconòmiques i de salut.
- El model d'atenció continuada i urgent ha de donar noves respostes a les necessitats de la població, i ha de vetllar per assegurar l'atenció en els dispositius més adequats, que permetin millorar la qualitat de l'atenció prestada i l'optimització dels recursos assistencials.

6. Concepte d'atenció continuada i urgent

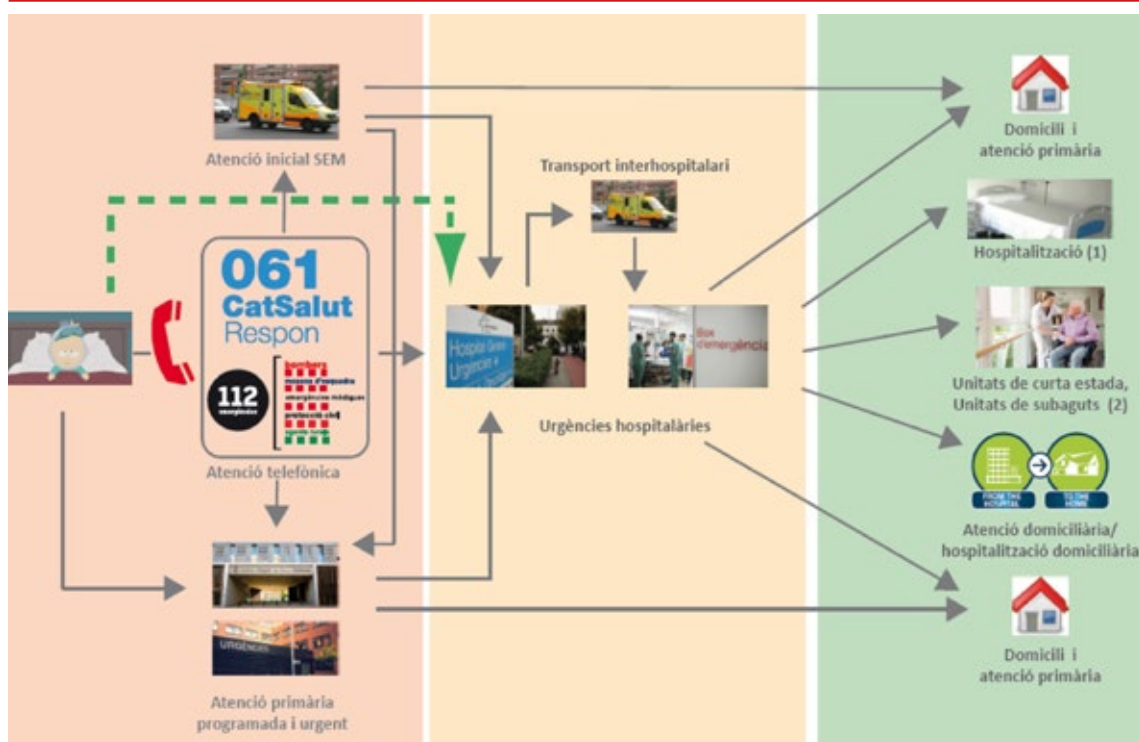
Les definicions del concepte d'atenció urgent són àmplies i diverses, però cap d'elles abasta de manera holística la totalitat de la prestació de serveis que es realitza als dispositius destinats a aquesta finalitat. Per tant, es poden considerar diferents definicions en funció de l'enfocament que se'n faci.

- Des del punt de vista de la **ciutadania**, es pot definir com a atenció urgent la resposta assistencial que s'espera del sistema de salut quan es considera que necessita atenció que no admet demora. La cultura de l'ús de recursos de la població, la demora en la resposta per part dels dispositius d'atenció programada, l'educació en salut o la informació que el ciutadà rep de quines són les millors opcions per rebre atenció sanitària són determinants a l'hora de delimitar aquesta definició.
- Des del punt de vista dels **recursos** disponibles, es pot definir com a atenció urgent tota aquella que es presta en l'àmbit dels dispositius d'urgències posats a disposició de la ciutadania. Aquesta definició és la que s'utilitza per al càlcul d'activitat, però inclou un bon nombre d'atencions prestades que es podrien realitzar en dispositius diferents als utilitzats.
- Des del punt de vista dels **professionals**, es pot considerar atenció urgent aquella que s'ha de prestar als ciutadans que consulten per símptomes concrets de patologies que necessiten atenció urgent o en què s'objectiven signes que permeten orientar un potencial risc si l'atenció es demora en un espai curt de temps de minuts o d'hores.

En el marc del PLANUC, per atenció urgent s'entén que és aquella que es presta pels professionals especialment destinats a aquest tipus d'atenció, en recursos i dispositius específics, i que no admet demora en relació amb el potencial risc vital, o a la percepció del ciutadà de la necessitat d'atenció immediata.

A Catalunya, l'atenció continuada i urgent es caracteritza per disposar d'un telèfon de salut, el 061 CatSalut Respon, que actua resolent consultes mèdiques i activant els dispositius necessaris per donar resposta a les necessitats de la ciutadania, les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. La xarxa assistencial s'ordena a través de dispositius d'atenció primària, que ofereixen serveis d'atenció continuada per als problemes de salut sense risc vital, i a través d'una xarxa d'hospitals, que atenen urgències de diferent complexitat. Alhora, el Servei d'Emergències Mèdiques mobilitza els recursos (humans i de transport sanitari) per tal de donar resposta a les necessitats del pacient i activa els codis específics d'actuació en cas que sigui necessari (Codi IAM, ictus, politrauma). En el model català, el ciutadà decideix el dispositiu al qual realitza la consulta o on s'adreça en cas d'un problema de salut urgent. A la vegada, sovint els serveis d'urgències hospitalàries s'enfronten a una elevada demanda que pot provocar problemes elevats de temps d'espera, que podrien millorar-se adequant l'atenció en els dispositius assistencials més adequats.

Figura 4. El model català d'atenció continuada i urgent



Comparant els sistemes sanitaris del nostre entorn,⁴ s'observa diversitat en l'organització de l'atenció continuada (urgències sense risc vital), i es diferencien els models basats en població assignada a cada metge, els models independents de la població assignada a cada metge i els models que s'organitzen en l'àmbit hospitalari.

Pel que fa al primer model, en alguns països, com a Àustria, en les regions muntanyoses els metges d'atenció primària són responsables de la seva població assignada les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. En la mateixa línia, hi ha altres models en què els metges d'atenció primària cobreixen l'atenció continuada de manera rotatòria (com passa a Noruega).

Pel que fa al segon model, en alguns països, els metges d'atenció primària s'organitzen a través de cooperatives per donar cobertura a l'atenció continuada de la seva població de referència; aquest és el cas dels Països Baixos. D'altra banda, hi ha països que s'organitzen a través de centres d'atenció continuada (Eslovènia) o centres d'atenció de lesions lleus (Irlanda), que gestiona infermeria.

Per últim, entre els models que s'organitzen en l'àmbit nacional i/o a través dels hospitals, hi ha els models de triatge telefònic o de departaments d'emergències, en què aquests actuen de manera centralitzada com a orientadors del dispositiu al qual s'han de dirigir. Aquest és el cas de Portugal. D'altres centralitzen l'atenció continuada i urgent als hospitals (Bèlgica), o l'atenció primària s'integra als serveis d'urgències dels hospitals, com a Itàlia.

Pel que fa a l'organització de l'atenció a les emergències i urgències amb risc vital, és freqüent l'organització a través d'un telèfon de salut que realitza un primer triatge de la gravetat del cas i deriva el pacient al dispositiu més adequat. Tot i que en molts països s'observa que aquest model no ha fet disminuir les visites a les urgències dels hospitals o les trucades

⁴ Vegeu més detall a l'annex 1, Comparativa de models internacionals d'atenció continuada.

directament als serveis d'ambulàncies, segueix sent un model d'interès, si s'aconsegueix millorar la coordinació entre els diferents dispositius.

En termes generals, en l'àmbit internacional la tendència és realitzar canvis per reforçar la utilització d'un número de telèfon en l'àmbit nacional que actuï com a porta d'entrada als serveis d'urgències i derivació als serveis adequats, que permeti millorar la continuïtat entre els diferents dispositius. Alhora, es vol augmentar la resolució de les urgències lleus a l'àmbit de l'atenció primària, per tal de descongestionar les urgències hospitalàries, amb l'augment de l'accessibilitat, la qualitat de l'atenció i l'optimització dels recursos.⁵

- L'atenció urgent és aquella que es presta per professionals especialment destinats a aquest tipus d'atenció, en recursos i dispositius específics, i que no admet demora en relació amb el potencial risc vital, o a la percepció del ciutadà de la necessitat d'atenció immediata.
- En l'àmbit internacional, els països estan fent reformes per anar cap a un model que reforci la utilització d'un telèfon sanitari que actuï com a porta d'entrada als serveis d'urgències i augmenti la resolució de les urgències lleus a l'atenció primària, per tal de millorar l'accessibilitat i la qualitat de l'atenció.

5 Out-of-hours primary care and demand for emergency Medical services. Sagan, A and Richardson, E. Providing emergency Medical care, EUROHEALTH.

7. Model actual de l'atenció urgent

El model i la dotació actual de dispositius per a l'atenció d'urgències i emergències és producte de l'evolució que ha experimentat el conjunt del sistema sanitari català en els darrers anys. Aquesta evolució s'ha caracteritzat principalment per un creixement continu de la capacitat resolutiva i per un augment de la productivitat, que han permès anar millorant la qualitat dels serveis assistencials, responant a les necessitats de la ciutadania i els professionals. Ara bé, cal esmentar que el conjunt de la xarxa proporciona una oferta de serveis variable arreu del territori que, sovint, és més explicable per factors històrics i conjunturals que per la demanda o la necessitat de la població.

Així doncs, en l'actualitat partim d'un model de l'atenció a urgències basat en la coordinació dels diferents dispositius i serveis existents arreu del territori, tot i que en ocasions es troben encara fragmentats i presenta una distribució territorial heterogènia. Per tal de millorar l'atenció que es presta a la ciutadania i optimitzar el valor dels recursos destinats a aquests serveis, és clau configurar un model de l'atenció urgent que asseguri la continuïtat i la integració assistencial, i que s'implementin les accions necessàries per a la seva consecució.

A continuació es realitza una descripció del model actual de l'atenció a les urgències a Catalunya, tenint en compte els diferents dispositius i serveis existents.

El sistema sanitari públic estableix diferents recursos i circuits per tal de donar resposta a la demanda d'atenció immediata i urgent de la ciutadania. Aquesta demanda es concreta en situacions diverses que requereixen una resposta assistencial diferent: des de les situacions d'emergència amb risc vital per a la persona afectada fins a demandes d'urgències que podrien ser programables.

L'atenció a les urgències es duu a terme en dispositius de l'atenció primària i l'atenció especialitzada (principalment hospitals d'aguts i centres de salut mental). Alhora, cal no oblidar que a través del telèfon 061 CatSalut Respon la ciutadania disposa d'accés directe al servei d'urgències les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any.

Tot i que el model d'atenció a les urgències es configuri amb uns estàndards comuns arreu del territori, aquests s'han d'adaptar a les necessitats i la realitat de cada territori, tenint en compte la combinació necessària de criteris d'accessibilitat, qualitat i eficiència. En cada context es generen les relacions necessàries de coordinació entre els diferents dispositius per donar resposta a la demanda d'atenció urgent.

7.1 Definició dels dispositius

061 CatSalut Respon

El 061 CatSalut Respon és el telèfon de salut de Catalunya, que actua com a punt d'informació per a totes aquelles persones que tenen un dubte o problema de salut, i dona servei les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. Compta amb un equip de més de 200 professionals de la salut, format per metges, infermers i tècnics, i s'hi pot accedir per telèfon, web, correu electrònic, app o xat.

L'objectiu d'aquest servei és apropar la salut al ciutadà, modular l'entrada al sistema de salut, atendre les urgències, resoldre problemes i dubtes sanitaris, acompanyar el ciutadà durant el seu procés d'atenció i contribuir a la continuïtat assistencial.

En aquest sentit, la cartera de serveis del 061 CatSalut Respon ofereix, entre d'altres:

- Suport en aspectes administratius i gestions en l'àmbit salut.
- Consells de promoció de la salut, prevenció i cura de la malaltia.
- Consultoria en problemes de salut i atenció sanitària no presencial, i accés a la informació sanitària del pacient (gràcies a la història clínica compartida de Catalunya).
- Prevenció dels efectes de les onades de calor sobre la salut (POCS).
- Detecció i gestió d'alertes i urgències en salut pública que es rediriguen al Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica (SUVEC).
- Orientació al centre de salut més adient o activació del recurs més adient segons la simptomatologia referida, ja sigui per una ambulància de suport vital avançat (ambulàncies dotades d'un equip assistencial qualificat format per un metge, un infermer i un tècnic d'emergències, o bé d'un infermer i un o dos tècnics d'emergències), una ambulància de suport vital bàsic (format per dos tècnics d'emergències), un helicòpter medicalitzat (metge, infermer i pilot) o unitats d'atenció continuada domiciliària (metges per a visites d'atenció domiciliària urgent).

L'any 2016, el 061 CatSalut Respon va atendre al voltant d'1,5 milions d'incidents. D'aquests, el 40% es van resoldre telefònicament (un 54,6% amb consell sanitari, un 35,6% amb informació de salut, un 2,5% es van redirigir dins el sistema de salut i un 7% en altres conceptes) i el 60% restant van requerir la mobilització d'algun recurs, ja sigui una ambulància del SEM, un metge a domicili o un helicòpter medicalitzat. Malgrat la disponibilitat d'aquest servei les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any, encara hi ha marge perquè la ciutadania en faci un ús més extensiu i sistemàtic. D'aquesta manera es milloraria el procés d'atenció dels pacients adreçant-se en cada moment al dispositiu més adequat per a les seves necessitats.

Atenció primària i comunitària

La xarxa d'atenció primària constitueix el principal punt d'accés, la porta d'entrada, a l'assistència sanitària a Catalunya. Aquesta xarxa, a més de l'activitat programada, dona resposta a les consultes espontànies i presta serveis d'atenció continuada i urgent a través de diferents dispositius. Aquests, amb independència del seu format o característiques, garanteixen un accés equitatiu i una resolució de qualitat a la demanda urgent de baixa complexitat, a l'abordatge inicial del problema de salut i la derivació de les urgències de major gravetat i a l'atenció al malalt crònic avançat i/o en situació de final de la vida, tant a domicili com a residències assistides, en qualsevol punt del territori de Catalunya, fora de l'horari de funcionament dels centres d'atenció primària (CAP).

Addicionalment a l'horari d'atenció ordinari dels CAP (generalment de 8 del matí a 20 del vespre),⁶ hi ha una xarxa de centres d'atenció continuada d'atenció primària⁷ que ofereixen assistència fora de l'horari habitual d'obertura dels CAP. Aquests centres assumeixen l'atenció immediata a problemes de salut aguts o aguditzacions de problemes crònics de baixa i

⁶ En alguns territoris l'horari habitual dels CAP és fins a les 21 hores.

⁷ Aquests centres són els anomenats punts d'atenció continuada (PAC) o centres d'atenció continuada (CAC).

mitjana complexitat, així com la continuïtat assistencial i de tractament, tant al centre com al domicili, en horari nocturn i/o festius i/o de caps de setmana.

A més, per donar resposta a l'atenció a les urgències, l'atenció primària també disposa de centres d'urgències d'atenció primària (CUAP), que proporcionen atenció immediata als usuaris amb problemes de salut aguts o aguditzacions de problemes de salut crònics de mitjana i baixa complexitat, així com la continuïtat assistencial. Els CUAP estan dotats amb els professionals i tecnologia necessària per donar resposta a les urgències de complexitat moderada, i ofereixen assistència mèdica les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. En termes generals, disposen de suport diagnòstic bàsic (radiologia i analítica), tenen boxs d'observació i compten amb professionals d'atenció primària competents en la resolució d'urgències.

Ara bé, en l'actualitat hi ha variabilitat en el desplegament dels diferents CUAP, i hi ha diferències en la seva cartera de serveis, horaris i dotació de recursos. La distribució de CUAP arreu del territori respon a la necessitat de donar resposta a la pressió assistencial principalment de les zones urbanes, per tal de contribuir a descongestionar els serveis d'urgències dels hospitals i augmentar la capacitat de resolució del primer nivell d'atenció. Pel que fa als centres d'atenció continuada de l'àmbit de l'atenció primària, la seva distribució arreu del territori no és uniforme. Actualment, tal com es pot observar a les figures 5 i 6, arreu del territori català hi ha distribuïts 171 centres d'atenció primària que presenten atenció continuada fora de l'horari habitual i 31 CUAP (vegeu detall a l'annex 2).

En zones de muntanya i entorns aïllats, l'atenció urgent i continuada s'organitza a través dels dispositius d'urgències d'atenció primària en entorns aïllats (DEA). En aquests territoris l'atenció és presta per professionals d'atenció primària dels CAP. De manera general, l'equip es desplaça al domicili de les persones per fer l'atenció i, si escau, la persona atesa pot ser derivada als CAP o dispositius d'urgències adients més propers.

Addicionalment, des de l'atenció primària s'ofereix atenció continuada a l'entorn de les residències, i s'organitza l'atenció des dels equips d'atenció primària o mitjançant equips d'atenció específics, per la qual cosa hi ha força variabilitat territorial en la seva aplicació.

Aquests dispositius descrits han facilitat el desplegament de l'atenció continuada en el territori, presten serveis efectius a partir de dispositius i organitzacions diferents, donen una resposta ràpida i de qualitat i incrementen la capacitat de resolució des del primer nivell assistencial. En els casos en què des de l'atenció primària no es pot donar resposta a la necessitat assistencial del pacient, els professionals el deriven al recurs hospitalari que es consideri més adequat. Si és necessari, s'activa el transport sanitari idoni per assegurar el seu correcte trasllat.

Figura 5. Distribució dels centres d'atenció primària que ofereixen assistència fora de l'horari habitual. Catalunya, 2017

Centres d'atenció continuada

PAC

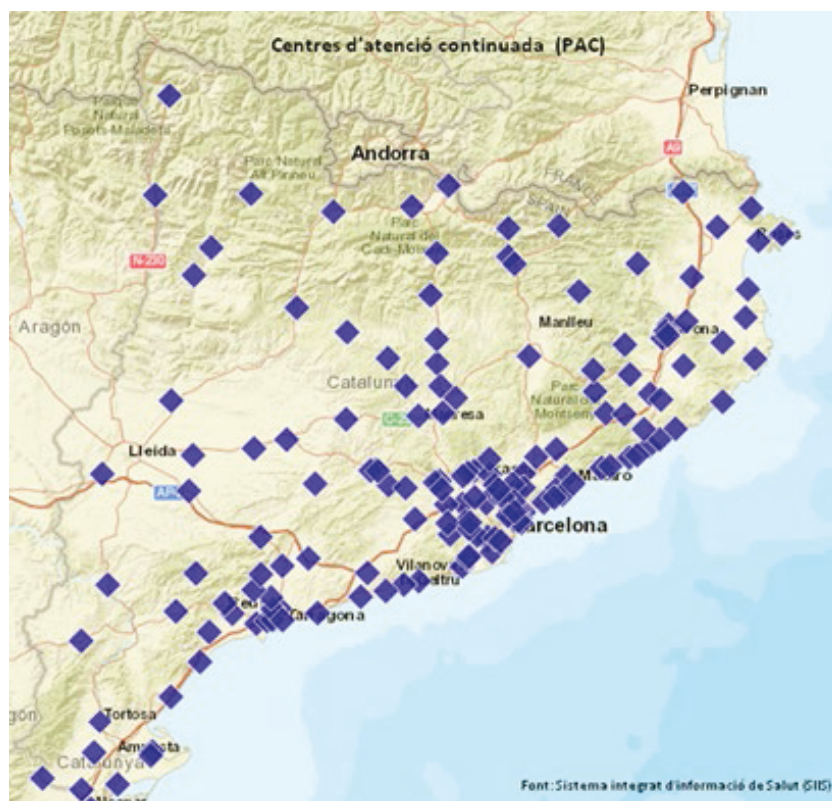


Figura 6. Distribució dels CUAP. Catalunya, 2017.

Centres d'urgència d'atenció primària

CUAP

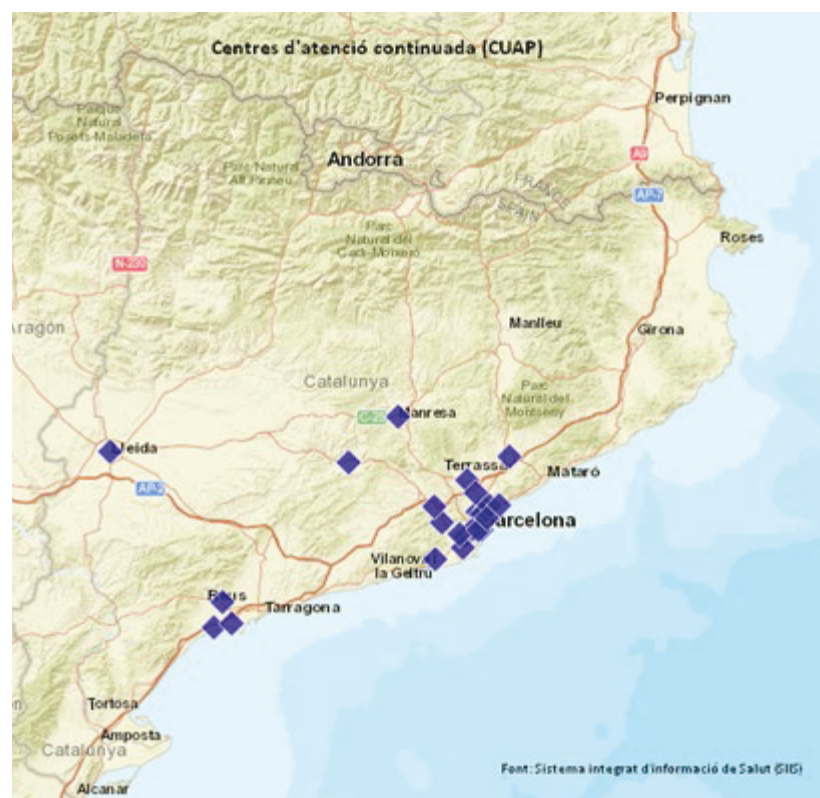
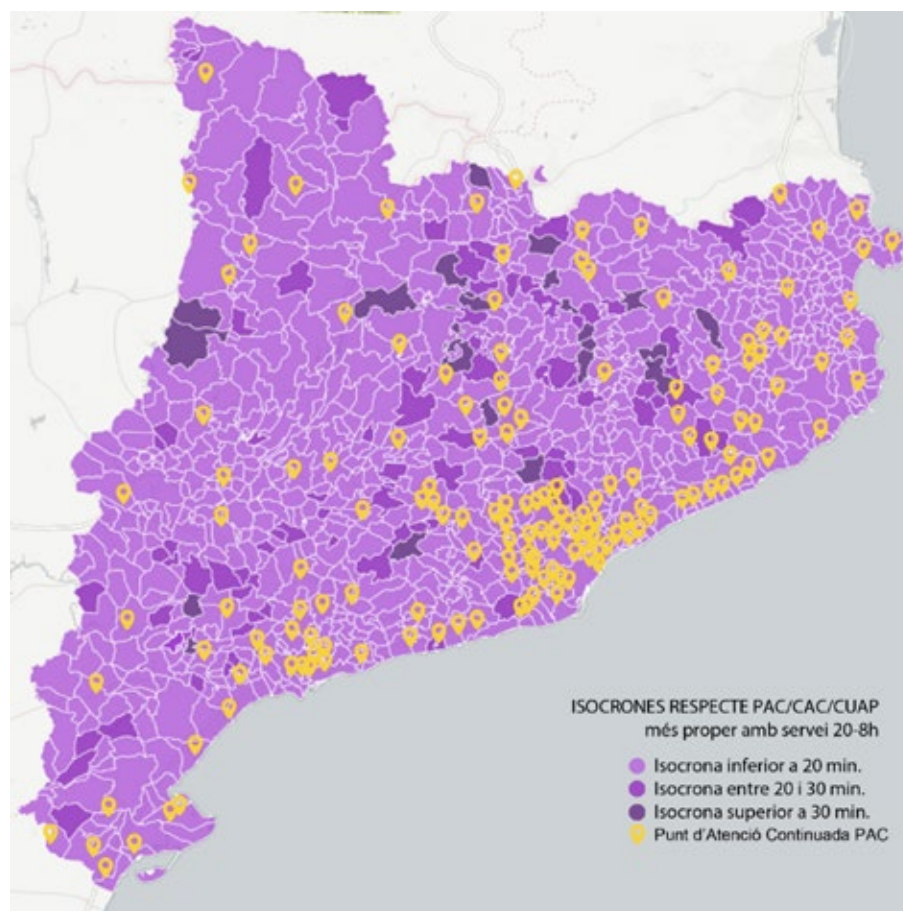


Figura 7. Isòcrones respecte a centres que realitzen atenció a les urgències de 20 a 8 h en PAC, CAC i CUAP



Atenció hospitalària

Pel que fa a l'atenció urgent hospitalària, el ciutadà disposa d'una xarxa d'hospitals que integren el sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT). Tot i les diferències en el nivell de complexitat atesa i la resolució entre els hospitals, a través del treball en xarxa dels diferents dispositius s'assegura que la ciutadania tingui accés a una cartera de serveis homogènia.

En la majoria de centres hospitalaris, quan el ciutadà arriba al servei d'urgències, el professional assistencial fa una valoració de risc segons la situació clínica del pacient, per establir el nivell de prioritat d'atenció, i així poder categoritzar els pacients en els que es poden esperar a ser atesos sense risc i els que s'han d'atendre amb més prioritat. Aquesta valoració s'anomena triatge, i té especial importància en serveis d'urgències amb elevada freqüentació o saturació, ja que permet gestionar l'atenció en funció d'un criteri clínic objectiu.

A Catalunya, la majoria de centres utilitzen el mètode de triatge MAT (mètode andorrà de triatge), que classifica les urgències en nivells de prioritat (des de situacions amb risc vital immediat fins a situacions no urgents).⁸ Cal tenir en compte que en hospitals petits,

⁸ Els nivells de triatge establerts són els següents: 1) situacions que requereixen reanimació amb risc vital immediat (atenció immediata); 2) situacions molt urgents, de risc vital previsible; 3) situacions d'urgència, de potencial risc vital; 4) situacions de menor urgència, potencialment complexes, però sense risc vital, i 5) situacions no urgents, que permeten una demora de l'atenció, poden ser programades sense risc per al malalt.

rurals o en determinats CUAP, en què no es generen cues i, per tant, no hi ha una necessitat de prioritzar l'atenció de les urgències, no es segueix el procediment de triatge.

Amb el triatge s'inicia el procés assistencial urgent hospitalari, al llarg del qual intervien diferents professionals del mateix servei d'urgències (metges, infermers, tècnics, zeladors, assistents socials, administratius sanitaris, etc.), així com professionals d'altres serveis i especialitats tant clíniques com de diagnòstic. Per tant, és un procés de gran complexitat organitzativa que requereix una gran coordinació de recursos i que té una durada condicionada per la situació clínica del pacient i pel volum de pacients que hi hagi al servei. El procés assistencial a urgències s'acaba quan el pacient rep l'alta a domicili o residència social, és ingressat al mateix centre o traslladat a un altre centre.

En el procés de drenatge, és a dir, la sortida del pacient des del servei d'urgències ja sigui al domicili, per ingressar a l'hospital o per trasllat a un altre centre sanitari, la coordinació és clau, tant per garantir la correcta atenció al pacient (evitant estades perllongades evitables), com per evitar la possible saturació dels serveis d'urgències. La millora d'aquest aspecte necessita canvis que van més enllà del servei d'urgències, i es requereixen modificacions en el model de l'atenció urgent.

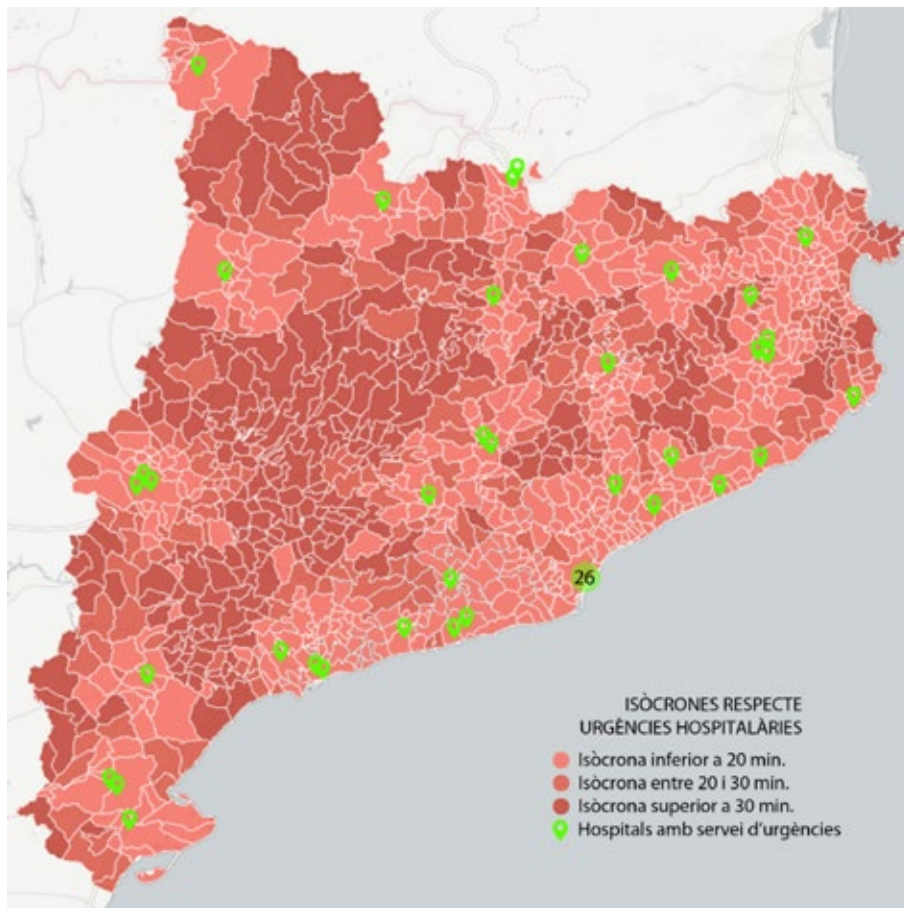
En aquest context, cal tenir en compte que des de fa anys hi ha experiències de desplegament i extensió de programes alternatius a l'hospitalització convencional, que contribueixen a racionalitzar i reduir el consum de recursos hospitalaris, i a reduir la massificació dels serveis d'urgències. Algunes d'elles són recursos d'internament (en el mateix hospital, com les unitats de curta estada, o en centres sociosanitaris, com les unitats de subaguts) i d'altres mantenen el pacient a l'entorn de la comunitat (domicili habitual) com són l'hospitalització a domicili, els hospitals de dia o les unitats de diagnòstic ràpid. A més, cal recordar que hi ha recursos d'internament extrahospitalaris en l'entorn sociosanitari i residencial als quals es pot adreçar directament el pacient des del servei d'urgències dels hospitals. Tot i que la implantació de les alternatives a l'hospitalització a Catalunya fa anys que s'està desenvolupant, encara hi ha una distribució no homogènia en l'àmbit territorial. Cal realitzar una avaluació de cada territori per detectar la necessitat de dotar-se d'aquests dispositius i amb quin dimensionament.

Actualment, hi ha 58 hospitals amb servei urgències i emergències de 24 hores distribuïts en tot el territori (vegeu detall a l'annex 3).

Figura 8. Hospitals del SISCAT que realitzen atenció a les urgències. Catalunya, 2017



Figura 9. Isòcrones respecte als serveis d'urgències hospitalàries. Catalunya, 2017



Ahora, la pràctica totalitat dels hospital atenen urgències pediàtriques, i hi ha dos hospitals monogràfics per atendre les urgències pediàtriques de major complexitat (Hospital de la Vall d'Hebron i Hospital de Sant Joan de Déu).

Els hospitals també són la porta d'entrada de les urgències dels pacients amb problemes de salut mental i addiccions. Quan la situació ho requereix, els pacients es deriven als serveis d'urgència amb presència d'especialista en psiquiatria. A Catalunya, l'atenció a la salut mental està sectoritzada, fet que facilita que cada territori pugui definir els punts d'atenció psiquiàtrica urgent, de manera coordinada amb els recursos especialitzats en salut mental i addiccions. En aquest sentit, els serveis que atenen urgències de salut mental tenen interconsulta amb serveis especialitzats de salut mental les 24 hores del dia. Cal tenir en compte que a Catalunya es disposa d'un protocol d'actuació per a l'atenció a les urgències, els trasllats i els ingressos involuntaris urgents de persones amb malaltia mental que aporta directrius sobre l'atenció a les urgències psiquiàtriques, l'organització i la coordinació dels diferents serveis assistencials, l'àmbit d'intervenció dels cossos de seguretat i les mesures d'actuació davant un trasllat psiquiàtric urgent en situació d'involuntarietat.

El detall dels recursos i la sectorització de l'atenció a la salut mental es pot consultar a l'annex 4.

Sistema d'Emergències Mèdiques i codis específics d'actuació

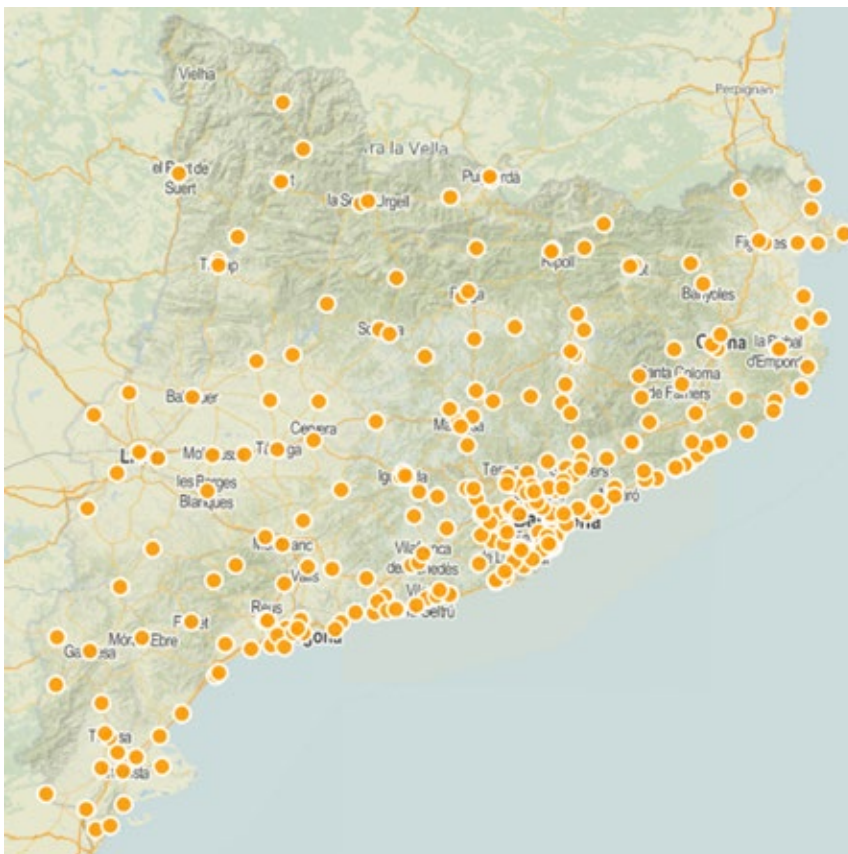
El Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) dona resposta assistencial a les urgències i emergències sanitàries extrahospitalàries les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. A través del telèfon d'emergències 112 o a través del 061 CatSalut Respon, els metges i infermers del SEM es posen en marxa amb la mobilització dels recursos més adients per fer front a cada situació. Actualment, hi ha 4 helicòpters medicalitzats, integrats per un metge, un infermer i un pilot (SVA aeri), situats estratègicament per tal de donar una cobertura òptima arreu del territori, i un total de 412 unitats d'emergències mèdiques repartides arreu de Catalunya, tant de suport vital bàsic (SVB), amb dos tècnics en emergències sanitàries (TES), com de suport vital avançat (SVA), amb un metge, un infermer i un tècnic d'emergències, o bé d'un infermer i un TES, i vehicles d'intervenció ràpida (VIR), amb un TES i un metge (vegeu la distribució territorial dels recursos a l'annex 5).

Les unitats del SEM donen cobertura allà on hi ha una necessitat a través de la gestió dinàmica dels recursos que fa la Central de Coordinació Sanitària del SEM, independentment de quina sigui la base logística on estiguin situades. Aquest funcionament en xarxa busca donar la millor resposta amb el menor temps possible per adaptar-se en cada moment a les necessitats reals, tot mantenint una cobertura territorial òptima.

En cas d'una emergència, la Central de Coordinació Sanitària activa immediatament el recurs més adient mentre un metge o infermers consultor del SEM atén telefònicament el pacient o dona les instruccions pertinents a l'alertant per fer possible la realització de primers auxilis o maniobres de reanimació cardiopulmonar guiades telefònicament.

Figura 10. Distribució territorial de les bases del SEM. Catalunya, 2017

Distribució territorial de les bases del SEM



Bases de suport vital avançat (SVA)



Bases de suport vital bàsic 24 h (SVB)



A més, el SEM coordina l'activació de codis específics que permeten accelerar el procés d'identificació i trasllat de pacients amb determinades patologies, actuant amb protocols d'actuació acurats, amb l'objectiu de millorar la supervivència i la qualitat de vida posterior. Aquest és un sistema pioner en l'àmbit internacional i referència per a altres països, ja que presenta molt bons resultats en termes de reducció de la mortalitat, de seqüeles i de qualitat de l'atenció. Actualment, a Catalunya estan en funcionament els codis IAM, ictus, sèpsia i pacient traumàtic greu o politrauma (vegeu les fitxes a l'annex 6).

Oficines de farmàcia

Les oficines de farmàcia garanteixen una atenció farmacèutica a la població fora de l'horari ordinari a través dels serveis d'urgència (oficines de farmàcia de guàrdia), que comprenen els trams diürns (de les 9 h fins a les 22 h) i nocturns (de les 22 h fins a les 9 h de l'endemà). L'organització dels serveis d'urgència de les oficines de farmàcia va relacionada amb els serveis d'atenció continuada que hi hagi al territori. En aquells municipis on hi ha un centre assistencial amb atenció continuada les 24 h, s'ha de garantir que hi hagi com a mínim una oficina de farmàcia que presti servei a aquest municipi (en horari diürn i nocturn). Si hi ha més d'una oficina de farmàcia, aquestes han de prestar el servei d'urgència diürn i nocturn en torn rotatori. D'altra banda, en aquells municipis on hi ha un centre assistencial que no té atenció continuada les 24 h, les oficines de farmàcia han d'adaptar el seu torn a l'horari del centre assistencial. En aquest cas, l'oficina de farmàcia que hagi de prestar el servei d'urgència, a partir de l'horari de tancament del centre assistencial, ha de trobar-se a menys de 15 minuts amb un mitjà de transport habitual.

Actualment, en un dia determinat, hi ha 534 oficines de farmàcia en servei d'urgència diürn i nocturn a Catalunya, distribuïdes de la manera següent:

Província	Servei diürn	Servei nocturn
Barcelona	261	68
Girona	26	19
Lleida	82	14
Tarragona	41	23
TOTAL	410	124

7.2 Plans específics

Els dispositius de salut pública per al seguiment de les alertes i emergències

El Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica (SUVEC)⁹ s'ocupa de la detecció i gestió d'alertes i urgències en salut pública, és a dir, del conjunt de fenòmens que representen un risc potencial per a la salut de la població i/o de transcendència social en relació amb les quals és necessari el desenvolupament d'actuacions de salut pública urgents i eficaces. El SUVEC té com a objectiu donar resposta ràpida a les malalties de declaració urgent i de brots

⁹ Es pot consultar més informació del SUVEC a l'enllaç següent http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia_salut_publica/alertes_i_emergencies/.

epidèmics declarats pels metges de la xarxa assistencial de Catalunya fora de les hores en què funcionen les dependències de les diverses unitats de vigilància epidemiològica, mitjançant la investigació i el control a través de la xarxa assistencial de les malalties de declaració urgent, brots i alertes de salut pública, així com l'aplicació de mesures de prevenció i control (quimioprofilaxi, vacunació, detecció de contactes de risc, mesures d'aïllament, etc.).

Durant l'època de la grip es fa el seguiment de l'evolució de l'epidèmia a través del Pla de vigilància de les infeccions respiratòries agudes a Catalunya (PIDIRAC). L'objectiu d'aquest Pla, que es va posar en marxa la temporada 1999-2000, és obtenir una informació diària sobre la morbiditat per infeccions respiratòries agudes ateses pels metges sentinella distribuïts per Catalunya, detectar de forma precoç l'aparició de les epidèmies de grip i caracteritzar els virus circulants. Durant la temporada d'hivern (de la setmana quaranta a la vint), es disposa d'informació actualitzada amb periodicitat diària sobre el grau d'activitat presentada tant pels virus gripals com per altres virus respiratoris que, per la seva freqüència, gravetat i potencial presentació epidèmica, poden ocasionar increments importants en la demanda d'assistència. Les infeccions virals objecte de vigilància són les següents: infecció per virus de la grip A, B i C; per virus respiratori sincicial; per virus de la parainfluença 1, 2, 3 i 4; per adenovirus; per coronavirus; per rinovirus, i per enterovirus.

El Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC)

El Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC)¹⁰ es va iniciar l'any 1999 amb l'objectiu de vertebrar totes les accions desenvolupades des dels diferents àmbits d'atenció, de serveis i de dispositius sanitaris per respondre de manera efectiva als canvis en les necessitats d'atenció urgent. Alhora, el PIUC va néixer amb la voluntat d'oferir informació a la ciutadania sobre aquests recursos, especialment en èpoques d'augment de la demanda de serveis sanitaris.

La consolidació del PIUC ha comportat la implicació de tots els recursos sanitaris per fer front a la demanda creixent d'atenció urgent i facilitar la necessària integració i coordinació entre els diferents dispositius.

En determinats períodes estacionals el sistema sanitari s'enfronta a l'augment de la demanda d'atenció urgent. Aquests períodes normalment són a l'hivern (com a conseqüència de l'epidèmia de la grip, entre d'altres) i a l'estiu (per l'increment del turisme en zones costaneres). Per donar resposta a l'increment d'utilització de serveis, generalment durant l'hivern es reforcen els recursos assistencials als hospitals, als centres sociosanitaris, a l'atenció primària i domiciliària, i al SEM, i a l'estiu s'incrementen els professionals d'atenció primària i els recursos del SEM.

Anualment, s'han anat introduint canvis orientats a millorar la capacitat de resposta, no només des de la perspectiva de l'oferta addicional de recursos (pla d'altres, ampliació de cobertures, etc.), sinó també a través de la implantació de models organitzatius i instruments per facilitar la gestió de les urgències. Per tal de donar aquesta resposta, els dispositius sanitaris de Catalunya, així com les mateixes regions sanitàries, elaboren els seus plans operatius de contingència on queden reflectits els diferents nivells de resposta en funció de la demanda assistencial. Un dels aspectes clau d'aquests plans és assegurar la coordinació territorial entre tots els recursos assistencials del territori per tal de fer front a les necessitats d'atenció en cada moment.

¹⁰ <http://catsalut.gencat.cat/ca/ciutadania/urgencies-mediques/pla-integral-urgencies-catalunya/>.

Pla d'actuació per prevenir els efectes de les onades de calor sobre la salut (POCS)

Durant l'estiu s'activa el Pla d'actuació per prevenir els efectes de les onades de calor sobre la salut (POCS),¹¹ amb l'objectiu de reforçar les mesures preventives i de consell, que permetin minimitzar els efectes negatius de les onades de calor sobre la salut de la població, especialment dels grups més vulnerables: gent gran (sobretot els més grans de 75 anys), nadons, persones amb discapacitats físiques o psíquiques que tenen limitada la seva autocura, persones amb malalties cròniques, persones fràgils que viuen soles, persones amb condicions socials precàries, pacients amb medicacions que actuen sobre el sistema nerviós central, persones que realitzen una activitat física intensa o aquelles que han de romandre o fer activitat física a l'aire lliure (incloses les activitats laborals), etc. Alhora, el POCS coordina les mesures i els recursos existents arreu del territori per fer front a una possible onada de calor.

7.3 Model d'organització territorial de les urgències

Per garantir la coordinació territorial de l'atenció a les urgències, en algunes regions sanitàries s'ha constituït el Comitè Operatiu d'Urgències i Emergències (COUE), format per representants dels diferents proveïdors que intervenen en el procés d'atenció a les urgències del territori (hospitals, centres d'atenció primària, centres sociosanitaris i SEM). L'objectiu d'aquests comitès és proposar millores organitzatives dels diferents dispositius que presten atenció a les urgències al territori i augmentar-ne la coordinació, per tal de prestar la millor assistència possible a la població. Entre les seves actuacions, els COUE elaboren el Pla operatiu d'atenció de múltiples víctimes territorial (catàstrofes, atemptats, accidents, etc.) i de resposta a situacions excepcionals (epidèmia de grip, onada de calor, etc.), i implementen els codis d'emergències al territori. Cal dir que actualment hi ha una elevada variabilitat en el desplegament de les actuacions dels COUE en els diferents territoris.

7.4 Els professionals

En la prestació d'atenció urgent intervenen un gran nombre de professionals assistencials i no assistencials. Per al correcte desenvolupament de la seva tasca és important assegurar la dotació adequada de professionals, i que aquests estiguin adequadament formats. Actualment, les dotacions de professionals per prestar atenció urgent no són homogènies, i l'absència d'un programa oficial de formació especialitzada dels metges i infermers fa que, pel que fa als professionals assistencials, no hi hagi una homogeneïtat en l'oportunitat d'adquirir competències específiques.

Pel que fa a l'entorn laboral, cal tenir en compte que en l'àmbit de l'atenció urgent hi ha particularitats vinculades al fet que l'atenció s'ha de prestar les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. Alguns dels punts crítics derivats d'aquest entorn laboral són la dificultat de conciliar la vida familiar i laboral (en un sector especialment feminitzat); l'excés de jornades intensives (torns de guàrdia a continuació de la jornada habitual); la dificultat d'integració dels torns de nit en les dinàmiques dels equips, en relació amb els torns diürns; la dificultat per desenvolupar les responsabilitats pròpies dels diferents llocs de treball en les etapes més avançades de la vida laboral, o la inseguretat personal en el tre-

¹¹ http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia_salut_publica/altres_programes/pocs/.

ball, a conseqüència d'un risc superior d'agressions verbals, físiques i psicològiques que en altres àmbits d'atenció.

A l'annex 7 es pot consultar el diagnòstic que el Comitè d'Experts ha realitzat de manera detallada.

7.5 Sistemes d'informació

En l'actualitat, a Catalunya disposem de diverses fonts d'informació per tal de fer el seguiment de l'activitat de l'atenció urgent.

En primer lloc, el Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'urgències (CMBD-UR), que és poblacional i recull l'activitat dels serveis d'urgències hospitalaris, dels CUAP i del SEM des de l'any 2014. Les principals dades que recull són les relacionades amb el nombre de visites, el triatge, els temps d'espera i les variables clíniques de diagnòstic i tractament. Els centres envien la informació al CatSalut una vegada al dia. Actualment, s'està treballant en la millora de la qualitat i del temps de tramesa de les dades i en la confecció d'un quadre de comandament sistèmic d'informació diària. Les dades de les urgències ateses als centres que presten atenció continuada es recullen al Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'atenció primària (CMBD-AP).

En segon lloc, com s'ha esmentat, l'any 1999 es va posar en marxa el Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC) i, en el marc d'aquest Pla, es va dissenyar i implantar un aplicatiu amb l'objectiu de disposar d'un sistema de monitoratge de l'activitat i situació dels punts d'atenció urgent del sistema de salut. Durant tots aquests anys, el PIUC ens ha permès disposar d'informació diària, inicialment només en l'època d'hivern i, posteriorment, s'ha fet extensiu a tot l'any. El PIUC recull, en un tall diari a les 10 h del matí, indicadors hospitalaris d'urgències i d'admissions, consensuats entre el CatSalut i els proveïdors, que es fa de forma manual, amb els problemes que això comporta. Per aquest motiu, l'any 2015 es va iniciar una revisió de l'aplicatiu PIUC com a sistema de monitoratge, i passa de la declaració manual a la captura automàtica des dels sistemes d'informació d'origen: l'aplicatiu PIUC+. El PIUC+, que permet tres talls diaris, a les 8 h, a les 15 h i a les 20 h, també es basa en la recollida sistemàtica d'indicadors hospitalaris, via serveis web, i hi afegeix indicadors procedents dels dispositius d'atenció primària. La informació recollida, més ampliada que en el sistema anterior, permet millorar la qualitat dels processos de planificació i gestió dels serveis d'urgències. D'aquesta manera, la informació recollida en el PIUC+ pretén donar un escenari real de com estan les urgències en un moment puntual del dia o la situació de l'hospital del dia anterior, per tal de realitzar actuacions ràpides i eficients en cas d'una congestió en els serveis d'urgències hospitalaris.

En l'actualitat, i en referència a l'activitat d'urgències hospitalàries, caldria continuar treballant en el seu desplegament per tal que a principis del 2018 tots els centres hospitalaris de Catalunya estiguin incorporats en el projecte i l'aplicatiu es converteixi en realment operatiu i obert a tothom en el territori.

7.6 Utilització de l'atenció continuada i urgent i perfil dels pacients

L'any 2016 els dispositius d'urgències de Catalunya van rebre al voltant de 7 milions de visites, que corresponen a més de 3,8 milions de pacients. És a dir, cada pacient de mitjana va acudir 1,5 vegades a urgències. Els serveis d'urgències dels hospitals van atendre gairebé 3,5 milions de visites (de mitjana, 1,8 visites per pacient), el 49,4% del total d'urgències ateses. Aquesta xifra és un 6% més elevada que l'any 2014. Pel que fa a la resta de dispositius d'urgències, els CUAP van atendre el 15% de les urgències, la resta de dispositius d'atenció primària que fan atenció continuada el 22,4% i el SEM el 13,2%.

Taula 1. Urgències ateses als diferents dispositius d'urgències. Catalunya 2014-2016

Tipus de recurs i activitat	2014	2015	2016	Δ 2014-2015	Δ 2015-2016	Δ global
Hospitals	3.271.147	3.351.994	3.469.756	2,5	3,5	6,1
CUAP	1.119.463	1.143.580	1.054.686	2,2	-7,8	-5,8
Atenció al centre	1.068.324	1.089.483	1.031.589	2,0	-5,3	-3,4
Atenció al domicili	51.139	54.097	23.097	5,8	-57,3	-54,8
AP continuada	1.479.635	1.536.569	1.573.767	3,8	2,4	6,4
Atenció al centre	1.363.802	1.414.432	1.468.302	3,7	3,8	7,7
Atenció al domicili	115.833	122.137	105.465	5,4	-13,7	-9,0
SEM	806.777	867.239	932.029	7,5	7,5	15,5
Operador no sanitari	16.206	16.609	17.401	2,5	4,8	7,4
Operador sanitari	199.129	198.159	222.505	-0,5	12,3	11,7
Suport vital bàsic	495.427	545.178	582.474	10,0	6,8	17,6
Suport vital avançat terrestre	93.587	104.795	106.979	12,0	2,1	14,3
Suport vital avançat aeri	2.428	2.498	2.670	2,9	6,9	10,0
TOTAL	6.677.022	6.899.382	7.030.238	3,3	1,9	5,3

Atenció al domicili: domicili o residència social.

Font: Registres del conjunt mínim bàsic de dades d'urgències i d'atenció primària (CMBD-UR i CMBD-AP).

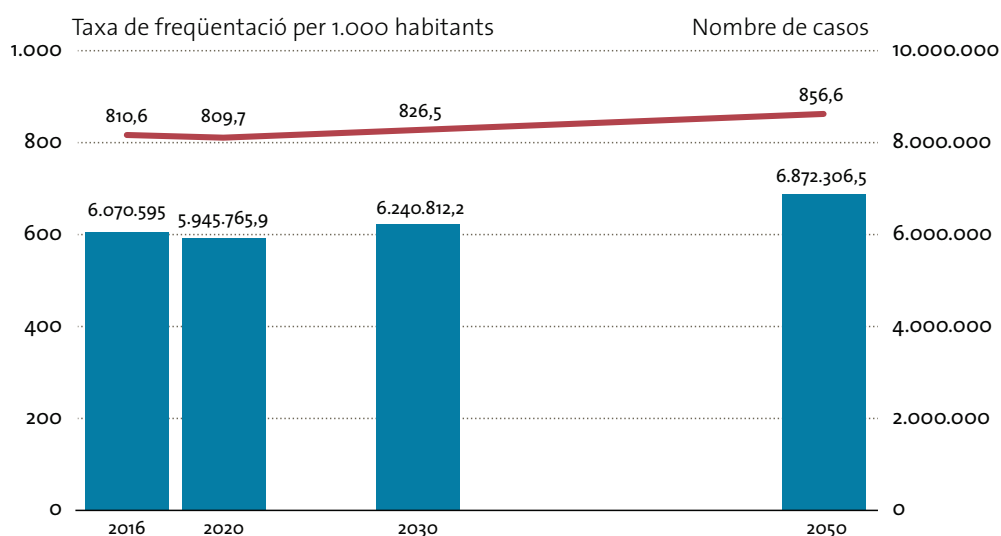
Nota: la disminució de les visites realitzades als CUAP es deu a un efecte del canvi de criteri en l'enviament de les dades per part de l'entitat proveïdora majoritària. D'una banda, durant els anys 2014 i 2015 aquests centres enviaven al CMBD-UR tota l'activitat que feien, al mateix centre o al domicili, i tant si era urgent com si era programada. A partir del desembre de 2015, es va corregir aquest criteri i es van començar a enviar les visites urgents al CMBD-UR i les programades al CMBD-AP. D'altra banda, degut a la organització dels sistemes d'informació del centre, alguns CUAP amb un volum considerable d'urgències, van deixar de notificar al CMBD-UR les visites domiciliàries, tant les urgents com les programades. Aquesta anomalia, que es va produir durant tot l'any 2016, està en vies de solució.

La taxa d'urgències hospitalàries a Catalunya l'any 2016 va ser de 810,6 urgències per cada 1.000 habitants. Per grups d'edat, els que presenten taxes d'urgències més elevades són els majors de 74 anys, principalment els majors de 84 anys: les seves taxes poden arribar a duplicar la dels pacients de 45 a 64 anys, que són els que les tenen més baixes. La població pediàtrica presenta una taxa d'urgències més elevada que la resta d'adults menors de 74

anys. Pel que fa al sexe, globalment les dones tenen taxes superiors als homes, especialment en els grups d'edat de 15 a 44 anys, com a conseqüència de les urgències relacionades amb l'embaràs, part i puerperi, i en menor grau en el de 45 a 64 anys.

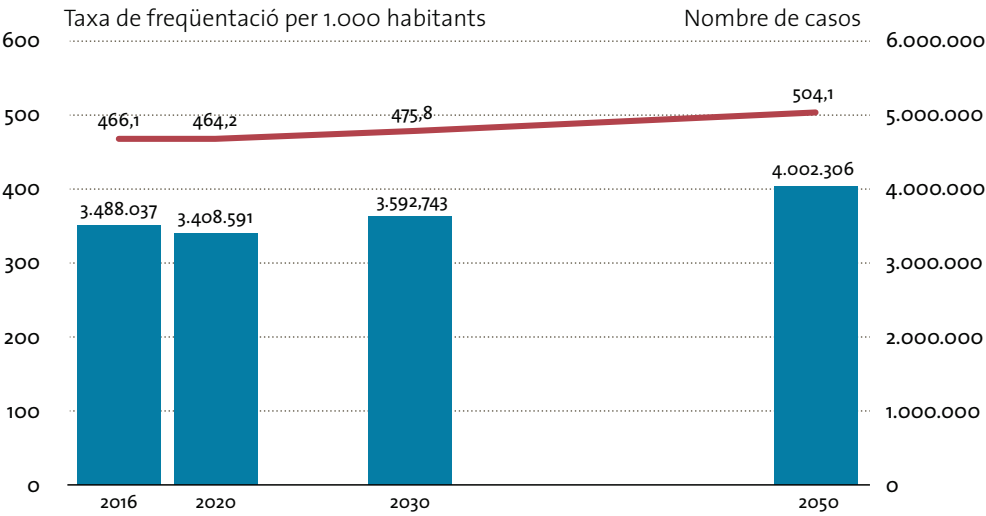
Les projeccions de la freqüentació d'urgències mostren una tendència a l'augment de la taxa global d'urgències per a l'any 2030 (826,5) i 2050 (865,6). Els serveis en què es preveu un increment major de la taxa d'utilització són les urgències hospitalàries, que passen de la taxa actual de 466 urgències per 1.000 habitants a 504 l'any 2050. Pel que fa a la freqüentació dels CUAP, s'observa una evolució estable. Per últim, les projeccions d'utilització dels PAC mostren un augment de la freqüentació, que passa de les 205 visites per 1.000 habitants actuals a 221 l'any 2050.

Figura 11. Evolució de la freqüentació d'urgències. Projeccions de la població de Catalunya, 2020-2050



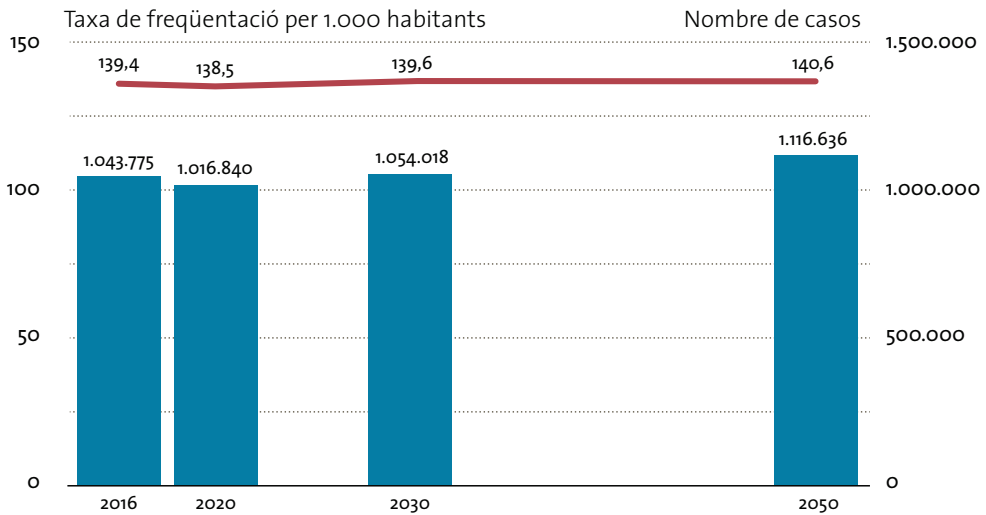
Font: Base de dades de morbiditat, CatSalut.

Figura 12. Evolució de la freqüentació d'urgències hospitalàries. Projectons de la població de Catalunya 2020-2050



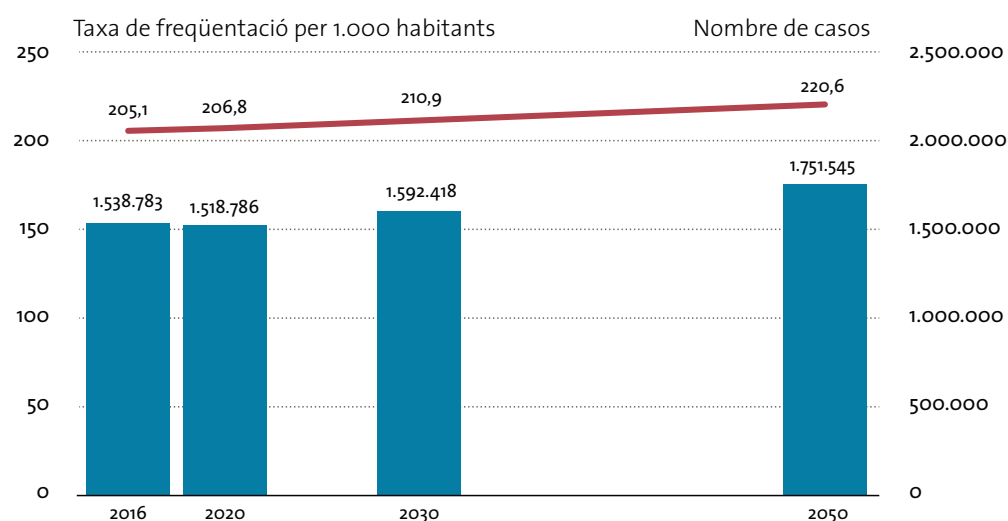
Font: Base de dades de morbiditat, CatSalut.

Figura 13. Evolució de la freqüentació CUAP. Projectons de la població de Catalunya 2020-2050



Font: Base de dades de morbiditat, CatSalut.

Figura 14. Evolució de la freqüentació PAC. Projeccions de la població de Catalunya 2020-2050



Font: Base de dades de morbiditat, CatSalut.

Si s'analitzen les visites a urgències segons l'edat dels pacients, s'observa que el 34,4% del total d'urgències corresponen a pacients d'entre 15 i 44 anys, xifra esperable tenint en compte que és el grup d'edat on es concentra el major volum de població. Pel que fa a les urgències hospitalàries, el 56% de les visites corresponen a pacients de 0 a 44 anys; als CUAP, el 65% de les visites són de pacients d'entre 15 i 64 anys, i a la resta de dispositius d'atenció primària que realitzen atenció continuada el 56% de les visites corresponen a persones d'entre 15 i 74 anys. Per últim, el 51% dels pacients que són atesos pel SEM tenen 65 anys o més.

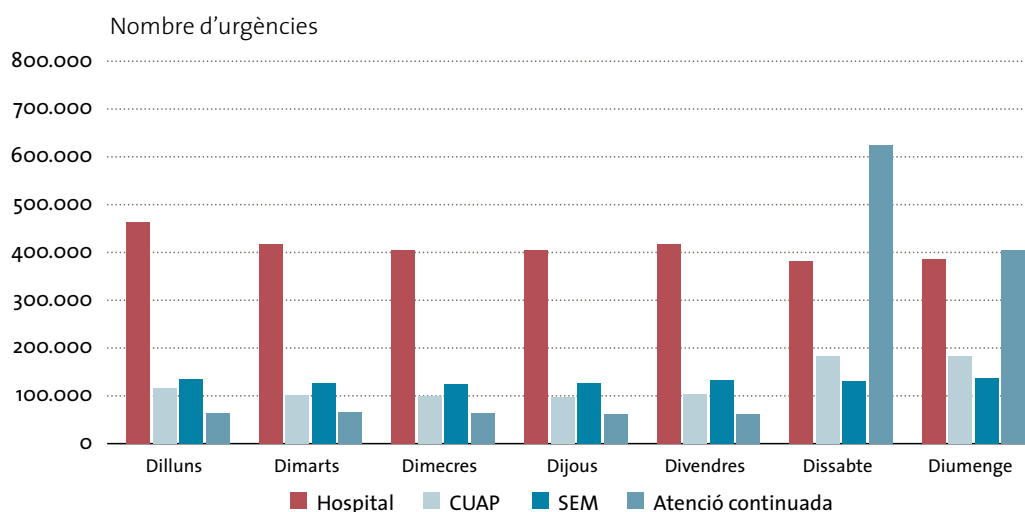
Els serveis d'urgències dels hospitals atenen, de mitjana, més de 9.500 visites diàries, els CUAP més de 2.800 i el SEM més de 2.500. En funció del dia de la setmana, s'observa que als hospitals, el dia de més activitat és el dilluns, amb un 15,7% del total de les urgències ateses setmanalment. Pel que fa als CUAP, el dia de màxima afluència són el dissabte i el diumenge, amb un 21% de l'activitat cadascun. La mateixa tendència s'observa als centres d'atenció primària que presenten atenció continuada. Per últim, el SEM és el dispositiu que presenta més uniformitat en l'activitat realitzada entre tots els dies de la setmana. La població pediàtrica fa una elevada utilització dels serveis d'urgències els cap de setmana, probablement influenciada pels horaris laborals dels pares. A la vegada, l'augment de la freqüència de la població adulta als serveis d'urgències durant el cap de setmana és generalment per problemes de baixa complexitat.

Taula 2. Urgències ateses per grup d'edat i tipus de dispositiu. Catalunya, 2014-2016

Grup d'edat per tipus de recurs	2014		2015		2016		Δ 2014-2015	Δ 2015-2016	Δ global
Activitat	N	%	N	%	N	%			
Hospitals	3.265.597		3.348.353		3.467.917		2,5	3,6	6,2
Fins a 14 anys	679.758	20,8	696.958	20,8	706.880	20,4	2,5	1,4	4,0
de 15 a 44 anys	1.180.111	36,1	1.180.127	35,2	1.210.572	34,9	0,0	2,6	2,6
de 45 a 64 anys	616.592	18,9	643.130	19,2	680.045	19,6	4,3	5,7	10,3
de 65 a 74 anys	299.843	9,2	314.634	9,4	333.326	9,6	4,9	5,9	11,2
de 75 a 84 anys	315.491	9,7	324.816	9,7	336.029	9,7	3,0	3,5	6,5
85 anys o més	173.802	5,3	188.688	5,6	201.065	5,8	8,6	6,6	15,7
No informats	5.550	0,2	3.641	0,1	1.839	0,1			
CUAP	1.119.434		1.143.614		1.054.668		2,2	-7,8	-5,8
Fins a 14 anys	185.526	16,6	190.468	16,7	183.193	17,4	2,7	-3,8	-1,3
de 15 a 44 anys	455.889	40,7	460.826	40,3	460.894	43,7	1,1	0,0	1,1
de 45 a 64 anys	228.508	20,4	238.680	20,9	222.677	21,1	4,5	-6,7	-2,6
de 65 a 74 anys	95.312	8,5	94.970	8,3	79.026	7,5	-0,4	-16,8	-17,1
de 75 a 84 anys	98.793	8,8	99.571	8,7	69.797	6,6	0,8	-29,9	-29,4
85 anys o més	55.406	4,9	59.099	5,2	39.081	3,7	6,7	-33,9	-29,5
No informats	29	0,0	14	0,0	18	0,0			
AP continuada	1.471.462		1.536.517		1.573.270		4,4	2,4	6,9
Fins a 14 anys	262.166	17,8	273.878	17,8	277.316	17,6	4,5	1,3	5,8
de 15 a 44 anys	482.512	32,8	487.327	31,7	501.129	31,9	1,0	2,8	3,9
de 45 a 64 anys	335.250	22,8	360.334	23,5	374.848	23,8	7,5	4,0	11,8
de 65 a 74 anys	152.760	10,4	156.672	10,2	163.866	10,4	2,6	4,6	7,3
de 75 a 84 anys	146.879	10,0	155.328	10,1	152.400	9,7	5,8	-1,9	3,8
85 anys o més	91.895	6,2	102.978	6,7	103.711	6,6	12,1	0,7	12,9
No informats	8.173	0,6	52	0,0	497	0,0			
SEM	498.682		864.625		928.358		73,4	7,4	86,2
Fins a 14 anys	23.964	4,8	47.885	5,5	65.304	7,0	99,8	36,4	172,5
de 15 a 44 anys	76.216	15,3	184.790	21,4	216.408	23,3	142,5	17,1	183,9
de 45 a 64 anys	83.247	16,7	150.522	17,4	169.976	18,3	80,8	12,9	104,2
de 65 a 74 anys	67.318	13,5	100.969	11,7	115.140	12,4	50,0	14,0	71,0
de 75 a 84 anys	130.138	26,1	175.384	20,3	188.639	20,3	34,8	7,6	45,0
85 anys o més	117.799	23,6	154.894	17,9	172.891	18,6	31,5	11,6	46,8
No informats	308.095	38,2	52.795	5,8	3.671	0,4			
TOTAL	6.355.175		6.893.109		7.024.213		8,5	1,9	10,5
Fins a 14 anys	1.151.414	18,1	1.209.189	17,5	1.232.693	17,5	5,0	1,9	7,1
de 15 a 44 anys	2.194.728	34,5	2.313.070	33,6	2.389.003	34,0	5,4	3,3	8,9
de 45 a 64 anys	1.263.597	19,9	1.392.666	20,2	1.447.546	20,6	10,2	3,9	14,6
de 65 a 74 anys	615.233	9,7	667.245	9,7	691.358	9,8	8,5	3,6	12,4
de 75 a 84 anys	691.301	10,9	755.099	11,0	746.865	10,6	9,2	-1,1	8,0
85 anys o més	438.902	6,9	505.659	7,3	516.748	7,4	15,2	2,2	17,7
No informats	321.847	4,8	56.502	0,8	6.025	0,1			

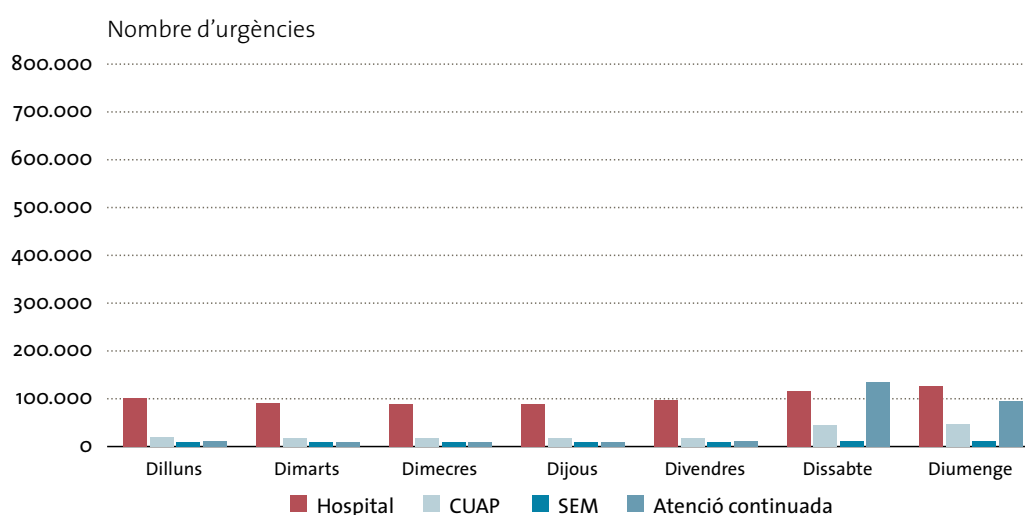
Font: Registres del conjunt mínim bàsic de dades d'urgències i d'atenció primària (CMBD-UR i CMBD-AP). Servei Català de la Salut.

Figura 15. Distribució de les urgències ateses segons el dia de la setmana i el tipus de dispositiu (població adulta: ≥ 15 anys). Catalunya, 2016



Font: Registres del conjunt mínim bàsic de dades d'urgències i d'atenció primària (CMBD-UR i CMBD-AP). Servei Català de la Salut.

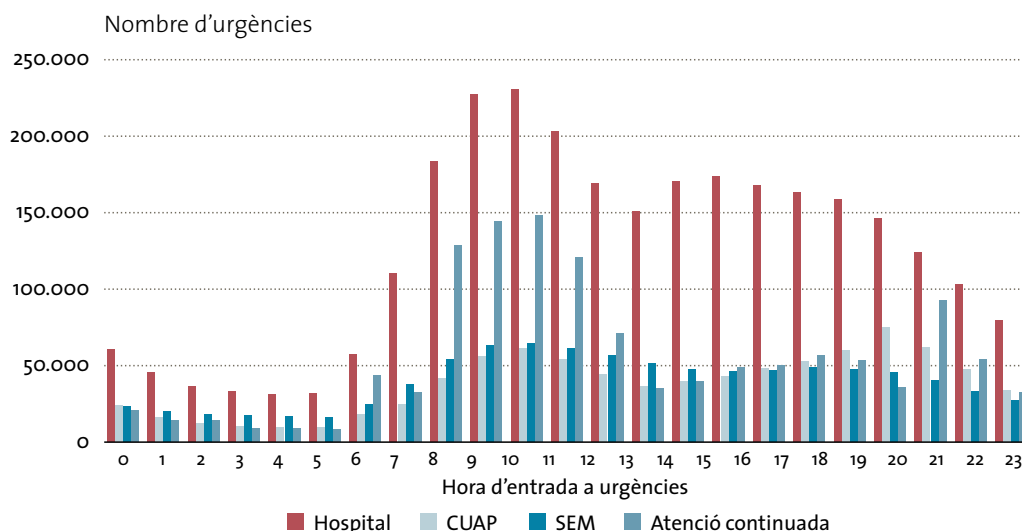
Figura 16. Distribució de les urgències ateses segons el dia de la setmana i el dispositiu (població pediàtrica < 15 anys). Catalunya, 2016



Font: Registres del conjunt mínim bàsic de dades d'urgències i d'atenció primària (CMBD-UR i CMBD-AP). Servei Català de la Salut.

Pel que fa a l'afluència segons l'horari, en la població adulta s'observa una corba bimodal amb un increment del nombre de visites entre les 9 i les 11 h del matí, i un increment a la tarda-vespre, per a cadascun dels recursos. La primera corba és més pronunciada que la segona, sobretot en l'atenció hospitalària i els dispositius d'atenció primària que fan atenció continuada. Per als CUAP i el SEM les diferències no són tan evidents. La segona corba de l'activitat hospitalària comença a decreixer cap a les 19 h, que coincideix amb un increment de l'activitat dels CUAP (major activitat entre les 20 h i les 21 h) i, posteriorment, de la resta de dispositius d'atenció continuada, que tenen la màxima afluència d'urgències a les 21 h.

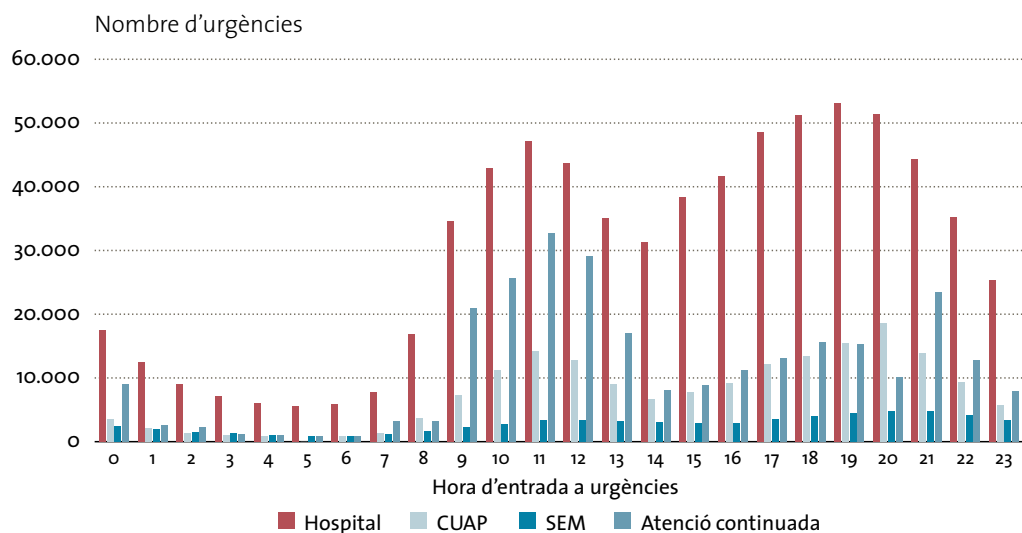
Figura 17. Distribució de les visites a urgències segons l'hora d'entrada i el tipus dispositiu, (població adulta ≥ 15 anys). Catalunya, 2016



Font: Registres del conjunt mínim bàsic de dades d'urgències i d'atenció primària (CMBD-UR i CMBD-AP). Servei Català de la Salut.

Pel que fa a la població pediàtrica, malgrat que la utilització dels serveis d'urgències també presenta una corba bimodal, la utilització dels serveis d'urgències hospitalaris és més gran a la tarda que al matí, mentre que les visites als dispositius d'atenció primària es concentren a la franja de matí. L'activitat del SEM es manté bastant estable durant tot el dia.

Figura 18. Distribució de les visites a urgències segons l'hora d'entrada i el dispositiu (població pediàtrica < 15 anys). Catalunya, 2016



Font: Registres del conjunt mínim bàsic de dades d'urgències i d'atenció primària (CMBD-UR i CMBD-AP). Servei Català de la Salut.

Si s'analitzen les urgències hospitalàries en funció del risc dels pacients, segons el nivell de triatge (des del nivell 1, de màxima prioritat, fins al nivell 5, no urgència), s'observa que durant l'any 2016 més del 60% de les urgències van ser de nivell 4 i 5; el 32% de nivell 3; el 5% de nivell 2, i el 0,2% de nivell 1. La tendència des de l'any 2014, tant en termes absoluts com relatius, mostra un augment de les urgències hospitalàries amb nivell de triatge 2 (increment global del 16,5%) i 3 (al voltant del 7% anual) i una disminució de les que tenen un triatge 5.

En l'anàlisi per grups d'edat, s'observa que la majoria de la població de fins a 14 anys atesa en serveis d'urgències hospitalaris és per motius de baixa prioritats, tal com també succeeix amb la població d'entre 15 i 64 anys. En el grup de 65 a 74 anys, tot i que es manté el patró que la majoria de la població és atesa per urgències de nivell 4 i 5, s'observa un augment del percentatge d'urgències de nivell 3, respecte als grups d'edat més joves. Aquesta tendència s'accentua en la població major de 75 anys, i és especialment notable en la població de 85 anys o més, amb un 67% d'urgències de nivell 2 i 3.

Es pot consultar una anàlisi més exhaustiva del triatge a l'annex 8.

Taula 3. Urgències hospitalàries ateses per nivell de triatge i grup d'edat. Catalunya, 2014-2016

Grup d'edat	Nivell de triatge	2014		2015		2016	
		N	%	N	%	N	%
Fins a 14 anys	1	512	0,1	463	0,1	415	0,1
	2	13.993	2,1	15.649	2,3	16.132	2,3
	3	131.600	20,1	143.627	20,9	154.615	22,2
	4	391.169	59,8	418.609	60,9	428.035	61,4
	5	117.013	17,9	108.730	15,8	97.671	14,0
	Total	654.290		687.078		696.868	
de 15 a 44 anys	1	3.649	0,3	2.174	0,2	2.428	0,2
	2	51.363	4,5	59.227	5,1	60.935	5,1
	3	280.058	24,6	298.250	25,8	318.211	26,7
	4	649.374	57,1	649.929	56,1	667.511	56,1
	5	152.691	13,4	148.643	12,8	141.242	11,9
	Total	1.137.135		1.158.223		1.190.327	
de 45 a 64 anys	1	1.635	0,3	1.623	0,3	1.747	0,3
	2	26.411	4,4	29.188	4,6	29.542	4,4
	3	191.947	32,2	205.808	32,5	220.418	32,9
	4	311.250	52,2	331.080	52,2	349.906	52,1
	5	65.403	11,0	66.133	10,4	69.357	10,3
	Total	596.646		633.832		670.970	
de 65 a 74 anys	1	844	0,3	757	0,2	818	0,2
	2	18.016	6,2	20.110	6,5	20.810	6,3
	3	114.072	39,3	121.412	39,0	129.682	39,3
	4	128.963	44,4	138.794	44,6	146.156	44,3
	5	28.700	9,9	29.874	9,6	32.164	9,8
	Total	290.595		310.947		329.630	
de 75 a 84 anys	1	1.019	0,3	902	0,3	939	0,3
	2	23.234	7,6	25.326	7,9	25.891	7,8
	3	144.565	47,1	153.534	47,8	159.730	48,0
	4	113.870	37,1	116.402	36,2	119.664	36,0
	5	24.383	7,9	25.117	7,8	26.466	8,0
	Total	307.071		321.281		332.690	
85 anys o més	1	646	0,4	547	0,3	581	0,3
	2	15.501	9,1	18.147	9,7	19.715	9,9
	3	93.356	54,9	105.287	56,3	113.754	57,1
	4	50.635	29,8	52.293	28,0	54.126	27,2
	5	10.049	5,9	10.744	5,7	11.038	5,5
	Total	170.187		187.018		199.214	
Sense dades		115.226	3,5	53.615	1,6	48.218	1,4

Font: Registres del conjunt mínim bàsic de dades d'urgències i d'atenció primària (CMBD-UR i CMBD-AP). Servei Català de la Salut.

El procés assistencial a urgències hospitalàries s'acaba quan el pacient rep l'alta al domicili o residència social, ingressa al mateix centre o és traslladat a un altre centre. A Catalunya, la majoria dels pacients que han anat a un servei d'urgències hospitalari reben l'alta a domicili (82,1%), un 10,7% requereixen l'ingrés al mateix centre i un 3,5% són derivats a un altre centre. El percentatge d'urgències ingressades es manté estable des de l'any 2014, al voltant del 10%. Pel que fa als trasllats a d'altres centres, aquesta xifra presenta un augment des de l'any 2014, probablement degut a l'increment de recursos dels llits de subaguts de la xarxa sociosanitària. La mortalitat als serveis d'urgències hospitalaris és molt baixa, del 0,1% en el conjunt dels hospitals catalans, i es manté estable en els tres anys del període.

Perfils dels pacients que fan més utilització dels serveis d'urgències

Per tal d'observar les característiques dels pacients que fan un major ús dels serveis d'urgències, es realitza una anàlisi prenent com a referència el nombre mínim de visites anuals realitzades. Concretament, s'analitzen dues subpoblacions de pacients. D'una banda, els pacients que han ocasionat dues o més urgències amb risc vital en un any (independentment de les visites realitzades a urgències sense risc vital), i de l'altra, els pacients que han ocasionat quatre visites o més sense risc vital en un any (tot i que poden haver patit altres urgències amb risc vital).

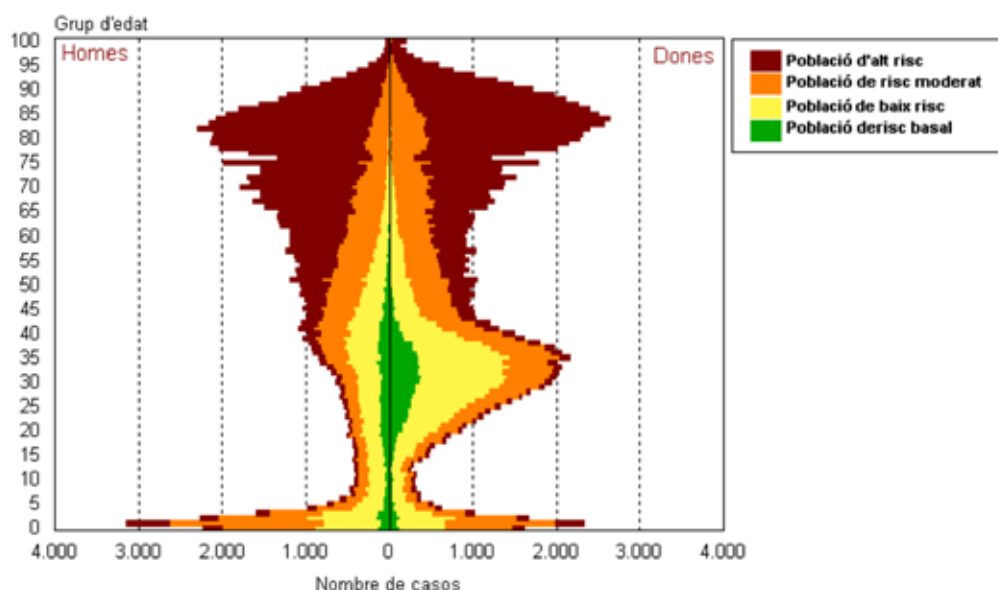
Taula 4. Principals característiques dels dos subgrups de pacients analitzats

	Pacients que han ocasionat dues o més urgències amb risc vital	Pacients que han ocasionat quatre visites o més sense risc vital
Nombre de casos	230.669	258.276
Percentatge sobre la població	3,0%	3,4%
Càrrega de morbiditat		
Població d'alt risc	45,4%	20%
Població de risc moderat	27,8%	35%
Població de risc baix	20,8%	36%
Població de risc basal	6%	9%
Ingressos urgents		
Nombre	193.095	68.588
Taxa d'ingressos urgents per 100 pacients	83,7	26,6
Percentatge sobre tots els ingressos urgents	50,7%	18,0%
Atenció primària		
Nombre de visites mèdiques	2.550.532	3.146.446
Mitjana de visites mèdiques per pacient	11,1	12,2
Nombre de visites d'infermeria	1.674.065	2.075.977
Mitjana de visites d'infermeria per pacient	7,3	8,0
Nombre de visites al treballador social	79.195	50.192
Taxa de visites al treballador social per 100 pacients	34,3	19,4

Font: Base de dades de morbiditat, CatSalut.

Pel que fa als pacients que han ocasionat dues o més urgències amb risc vital en un any, la figura 19 mostra la piràmide per edat, sexe i complexitat segons la morbiditat¹² d'aquesta població de pacients. Si només es té en compte l'edat, es poden destacar tres grans grups de pacients: els nens menors de 5 anys, les dones en edat fèrtil i la gent gran. El grup d'edat amb més pacients és el d'entre 80 i 90 anys, amb un nivell de risc de morbiditat majoritàriament elevat i moderat, en menor mesura, seguit del de les dones d'entre 20 i 40 anys, en què el risc de morbiditat és fonamentalment baix, moderat o basal, en gran part degudes a urgències de l'embaràs, part o puerperi.

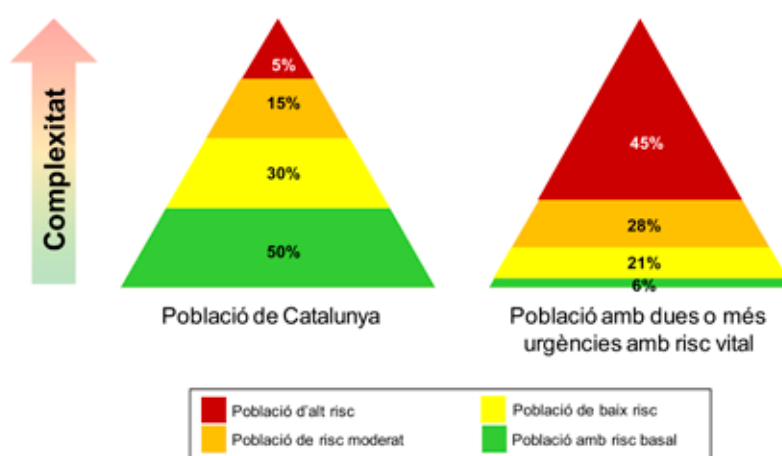
Figura 19. Pacients que han ocasionat dues o més urgències amb risc vital. Distribució segons edat, sexe i càrrega de morbiditat. Catalunya, 2015



Font: Base de dades de morbiditat, CatSalut.

També destaca l'elevada morbiditat d'aquesta població: el 45% d'aquests casos pertanyen al que, en el conjunt de la població catalana, es considera com el 5% més complex (figura 20).

Figura 20. Distribució de la població segons càrrega de morbiditat. Catalunya, 2015



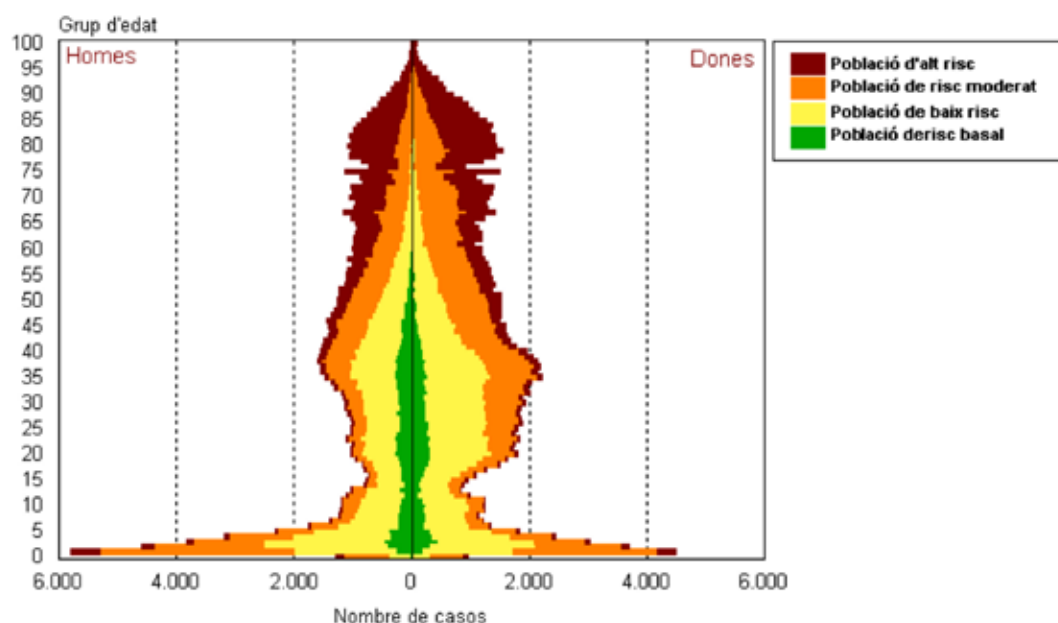
12 Monterde D, Vela E, Clèries M. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. Atención Primaria 2016;48:674-682.

Aquests pacients, que representen el 3% de la població, van generar 634.556 urgències amb risc vital (51,3%), així com 193.095 ingressos hospitalaris, el 50% de totes les hospitalitzacions urgents.

El grup de pacients amb elevada morbiditat representa gairebé la meitat de la població. Aquesta elevada morbiditat explica l'elevada utilització dels serveis sanitaris realitzada per aquests pacients: més del 50% dels pacients són hiperfreqüentadors d'atenció primària (> 12 visites anuals) i el 50% estan polimedicats (> 8 medicaments diferents). Com a conseqüència d'aquesta elevada morbiditat, també trobem una mortalitat important (9%).

Pel que fa als pacients que han ocasionat quatre visites o més sense risc vital en un any, la figura 21 mostra la piràmide per edat, sexe i complexitat segons morbiditat d'aquesta població de pacients. Cal destacar que els menors de 5 anys representen el 13% d'aquesta població. L'edat avançada no sembla ser un factor rellevant en la definició d'aquest grup.

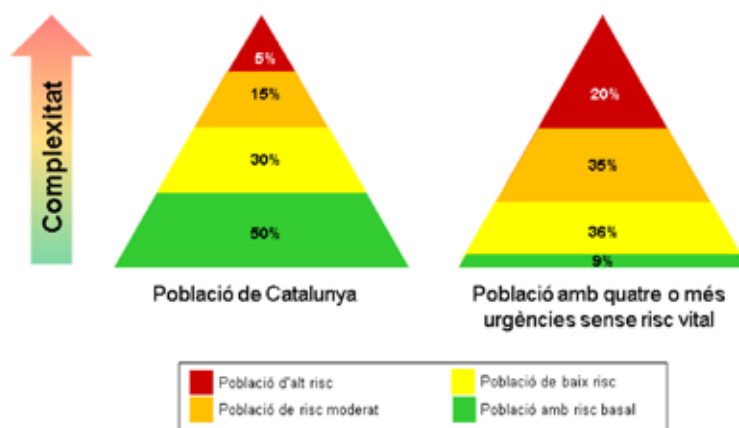
Figura 21. Pacients que han ocasionat quatre visites o més sense risc vital. Distribució segons edat, sexe i càrrega de morbiditat. Catalunya, 2015



Font: Base de dades de morbiditat, CatSalut.

L'estratificació d'aquesta població en funció de la seva càrrega de morbiditat mostra una elevada presència dels estrats intermedis (risc baix o moderat), que representen més del 70% d'aquesta població (figura 22).

Figura 22. Distribució segons càrrega de morbiditat. Catalunya, 2015.



7.7 Satisfacció dels pacients

El Centre d'Estudis d'Opinió de la Generalitat de Catalunya duu a terme l'enquesta Òmnibus per posar a disposició dels diferents departaments de la Generalitat informació demoscòpica sobre la situació actual i l'impacte de les polítiques que es duen a terme des de cada àmbit. En aquest sentit, en la segona onada Òmnibus,¹³ que es va dur a terme l'any 2016, es van incloure qüestions sobre el coneixement dels dispositius i l'atenció als serveis d'urgències. D'aquesta manera es pot copsar l'opinió de la ciutadania envers aquests serveis. Els resultats de l'enquesta mostren que 3 de cada 4 entrevistats coneixen el servei 061 CatSalut Respon. D'aquests, 9 de cada 10 consideren útil aquest servei i gairebé 8 de cada 10 valoren la informació que proporciona com a molt bé i bé.

Pel que fa a la utilització de serveis d'urgències mèdiques, 1 de cada 4 entrevistats ha anat o ha consultat aquest servei en els darrers 3 mesos. D'aquests, 1 de cada 2 considera que el temps que va haver d'esperar per ser atès va ser correcte. Dels entrevistats que han anat a un servei d'urgències, gairebé 3 de cada 10 van demanar atenció via telefònica (061 CatSalut Respon, 112, CAP) abans de dirigir-se físicament al centre. Per últim, 1 de cada 4 entrevistats ha acompanyat algú a un servei d'urgències mèdiques, i 1 de cada 2 considera que el temps d'espera per ser atès no va ser l'adequat.

D'altra banda, una altra font d'informació rellevant per tal de conèixer la satisfacció dels usuaris dels serveis sanitaris és el Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut (PLAENSA).¹⁴ L'any 2016 es va realitzar l'estudi del nivell de satisfacció i qualitat del servei d'atenció hospitalària d'urgències entre els usuaris d'aquesta línia del sistema sanitari català. Es van entrevistar prop de 4.500 persones usuàries dels serveis d'urgències hospitalaris a Catalunya en els 56 centres proveïdors d'aquest servei. Excloent-hi les preguntes demogràfiques, els qüestionaris inclouen un total de 31 ítems, els quals busquen saber la percepció del pacient envers al servei d'atenció hospitalària urgent del seu centre de referència, els seus professionals, l'organització i la qualitat del servei rebut.

Per seguir l'evolució de la satisfacció i la qualitat del servei percebuda, del total d'ítems del qüestionari s'han seleccionat els relacionats amb la percepció de confort, la confiança i l'accessibilitat del pacient respecte al centre on ha estat atès. Els percentatges als quals es

¹³ Els resultats de l'Òmnibus es poden consultar a <http://ceo.gencat.cat/ceop/>.

¹⁴ Els resultats del PLAENSA es poden consultar a <http://catsalut.gencat.cat/plaensa>.

fa referència corresponen al percentatge de respostes “bé”, “molt bé” i “excel·lent” en cada ítem, indicador anomenat “agrupador positiu”.

La satisfacció global dels usuaris del sistema sanitari català respecte de l'àmbit d'atenció hospitalària urgent l'any 2016 ha estat del 7,51 sobre 10 (l'any 2013 era de 7,64), i l'índex de fidelitat, entès com la voluntat de tornar a assistir al servei en cas de necessitat, s'ha situat al 80,3% (l'any 2013 se situava en un 83%).

En l'apartat de confort, valorat a través de la comoditat de l'usuari a la sala d'espera i la comoditat de la llitera, s'obté una puntuació de 61,8% i 78,8%, respectivament. L'any 2013, aquests indicadors obtenien valors de 68,9% i 81,3%.

Els ítems que fan referència a la confiança en els professionals del centre (tracte amb els metges, infermers i zeladors) van obtenir una mitjana de 93,5% (92,2%, 90,9% i 97,5%, respectivament). Aquests resultats presenten valors molt elevats en la satisfacció i la percepció de confiança amb els professionals del centre, similars als de l'any 2013 (la mitjana dels tres ítems esmentats es va situar al 94,2%). Quan es pregunta als pacients si consideren que es troben en bones mans, un 89,91% ha respost positivament.

L'accessibilitat als serveis d'atenció hospitalària urgent, mesurada a través de la percepció dels temps d'espera de l'usuari a la sala d'espera fins que va ser atès, ha obtingut una puntuació de 46,6%. Quan es pregunta sobre el temps d'espera des del registre fins que van ser atesos per un metge, l'agrupador positiu esdevé del 52,5%. L'any 2013, aquests dos ítems van obtenir valors de 34,6% i 62,1%, respectivament.

Pel que fa a la informació del temps d'espera, s'ha observat una variació en positiu l'any 2016 (46,6%) respecte de l'any 2013 (34,65), tot i que encara presenta marge de millora.

Taula 5. Resultats de les preguntes del qüestionari de satisfacció amb el servei d'atenció hospitalària d'urgències (indicador positiu). Catalunya, 2013-2016

Pregunta resumida	Catalunya 2013	Catalunya 2016
P4 Comoditat de la sala d'espera	68,9%	61,8%
P5 Informació temps d'espera	34,6%	46,6%
P6 Esperant, algú vigilava com es trobava	14,5%	11,3%
P7 Temps d'espera fins a veure el metge	62,1%	52,5%
P8 Temps de dedicació del metge	87,0%	84,8%
P9 Disposició per escoltar-lo	88,3%	85,6%
P10 Poder donar la seva opinió	87,8%	86,4%
P11 Ajuda a controlar el dolor	84,9%	82,5%
P12 Condicions lloc on va ser atès	83,0%	76,3%
P13 Comoditat de la llitera	81,3%	78,8%
P14 Acompanyants varn poder estar amb vostè	85,1%	87,6%
P15 Respecte a la intimitat	93,0%	89,7%
P16 Tracte personal infermers	93,4%	92,2%
P17 Tracte personal metges	92,1%	90,9%
P18 Tracte personal zeladors	97,1%	97,5%
P19 Informació entenedora	94,5%	94,1%
P20 Informació que necessitava de la malaltia	92,7%	91,8%
P21 No li explicaven les coses davant de tothom	77,3%	75,1%
P22 Informació sobre les proves	90,9%	88,5%

P23 Permis per informar família	25,1%	26,6%
P24 Informació coherent (coincident)	93,1%	91,5%
P25 Sensació d'estar en bones mans	90,9%	89,1%
P26 Organització del servei d'urgències	78,3%	73,0%
P27 Explicació del perquè de l'ingrés	94,8%	93,6%
P29 Va entendre explicacions	96,4%	94,0%
P30 Temps total a urgències	61,6%	53,8%
P31 Van resoldre el motiu	84,3%	81,7%
P 101 Valoració global	7,64	7,51
P 102 Fidelitat	83,0%	80,3%

Font: PLAENSA, 2016.

- A Catalunya l'atenció a les urgències s'articula a través de diferents dispositius: el 061 CatSalut Respon, els CAP, els CUAP, els hospitals i el SEM, que actuen en xarxa per tal de garantir l'accés equitatiu i de qualitat a l'atenció urgent.
- Existeix variabilitat territorial en la distribució de punts d'atenció continuada i s'observa la necessitat d'ordenar els CUAP, amb l'objectiu de millorar la resolució en el primer nivell d'atenció i disminuir la pressió assistencial dels hospitals.
- L'organització de l'atenció urgent amb risc vital a través de codis és un model pioner en l'àmbit internacional, que presenta molt bons resultats en termes de qualitat i satisfacció de l'atenció.
- L'entorn laboral i l'adequada dotació i formació dels professionals que treballen als diferents dispositius d'urgències són aspectes clau per garantir la qualitat de l'atenció.
- Actualment es disposa de sistemes d'informació de l'activitat de l'atenció continuada i urgent; tot i així, es fa necessari que aquests evolucionin per poder realitzar un seguiment més acurat i en temps real de l'activitat en aquests serveis.
- L'any 2016 es van atendre 7 milions de visites als serveis d'urgències. El 49,4% del total van ser als hospitals, el 15% als CUAP, el 22,4% a la resta de dispositius d'atenció primària que fan atenció continuada i el 13,2% al SEM.
- Més de la meitat de les urgències ateses als hospitals són de baixa complexitat (nivell 4). Si s'analitza per grups d'edat, s'observa que en la població major de 75 anys la majoria de les urgències ateses són de mitjana o alta complexitat.
- La satisfacció global dels usuaris amb l'atenció hospitalària urgent l'any 2016 és de 7,51 sobre 10 i l'índex de fidelitat del 80,3%.

8. Reptes, eixos i accions

Després de l'anàlisi del context socioeconòmic actual, de les necessitats d'atenció de la població, i de la descripció dels recursos i la utilització dels dispositius d'atenció continuada i urgent, s'observa que els reptes de l'atenció urgent i continuada a Catalunya són els següents:

- Repte 1.** Facilitar que el ciutadà sigui atès al dispositiu idoni i resolutiu.
- Repte 2.** Reforçar a l'atenció primària per a la resolució dels problemes de salut de baixa complexitat que requereixen atenció immediata.
- Repte 3.** Assegurar la coordinació entre els diferents dispositius hospitalaris per a l'atenció als pacients crítics i als codis d'atenció.
- Repte 4.** Disminuir la saturació dels serveis d'urgències hospitalaris, ordenar la demanda, millorar el procés assistencial i facilitar el drenatge.
- Repte 5.** Dissenyar plans específics d'atenció urgent per a pacients amb necessitats específiques.
- Repte 6.** Adaptar l'atenció urgent a la visió integradora de l'atenció social i sanitària.
- Repte 7.** Dotar els territoris d'una organització que afavoreixi l'operativització del Pla i la coordinació de tots els dispositius directament o indirectament vinculats a l'atenció urgent.
- Repte 8.** Millorar la qualitat, la integració i l'accés a la informació a través del desenvolupament dels sistemes.
- Repte 9.** Potenciar el desenvolupament dels professionals que presten atenció urgent.
- Repte 10.** Apoderar la ciutadania per a una presa de decisions més informada.

El Pla nacional d'urgències de Catalunya (PLANUC) s'estructura en 10 grans eixos d'intervenció complementaris, que articulen la resposta del conjunt sistema de salut amb criteris d'equitat i d'accessibilitat de la ciutadania a una atenció de qualitat, resolutiva i sostenible que posi l'experiència del ciutadà i dels professionals al centre del sistema.

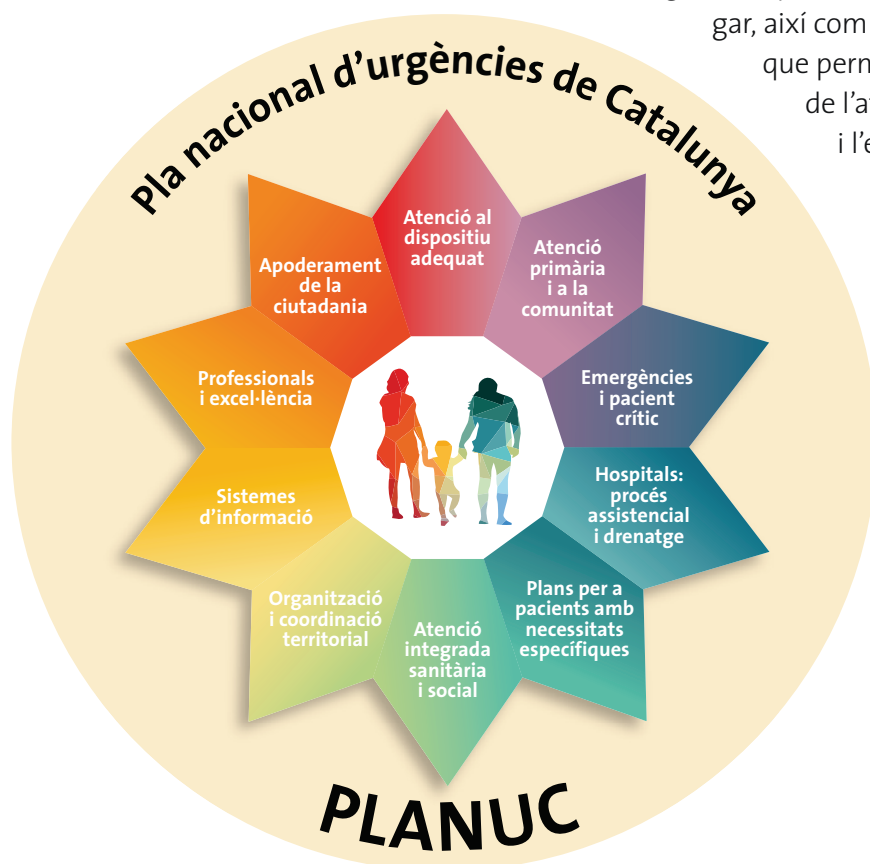
A partir dels 10 eixos es defineixen les millores en la resposta d'un dispositiu concret, o d'àmbits transversals que impliquen diferents serveis o el conjunt del sistema. Cada eix integra un conjunt d'actuacions interrelacionals, per a les quals es detallen els objectius que persegueixen i els indicadors que han de permetre fer el seguiment i avaluar el seu grau de desplegament.

La formulació integradora de diferents serveis i àmbits d'intervenció reforça la idea que, per tal de millorar l'atenció urgent i continuada no hi ha fórmules simples, sinó que és necessari concretar múltiples accions connectades que ens permetin avançar en el nou model d'atenció plantejat.

El PLANUC no neix amb la voluntat de ser un instrument estàtic, sinó que vol configurar-se com un full de ruta dinàmic i obert del conjunt de sistema de salut. En aquest sentit, preveu la futura incorporació de nous objectius i accions que en cada moment es considerin adients per donar resposta a les noves necessitats i reptes.

Amb la voluntat de generar una dinàmica de transformació, el PLANUC integra la temporalització del seu desplegament. A més, concreta un conjunt d'actuacions a curt termini, que es configuren com les primeres intervencions, que ens han de permetre avançar en els propers mesos, en la millora del model d'atenció a les urgències per donar respostes més adequades a les necessitats de la ciutadania.

En el marc de les COUE i de les noves comissions clíniques territorials, i conjuntament amb el Pla director d'urgències, s'ha de dur a terme un monitoratge i seguiment periòdic dels objectius i les accions a desplegar, així com una avaluació dels resultats assolits, que permetin analitzar l'evolució de l'abordatge de l'atenció continuada i urgent a Catalunya i l'estat de salut de la població.



Eix 1

Atenció en el dispositiu més adequat: per a uns serveis sanitaris resolutius en el temps òptim

Un dels grans reptes dels sistemes de salut, especialment pel que fa a l'atenció urgent i continuada, és aconseguir atendre les persones en el dispositiu més adequat per a la resolució del problema pel qual consulten, amb qualitat i amb el menor temps possible.

L'ordenació de la demanda urgent i immediata és una aspiració de les autoritats sanitàries, que permet ajustar i organitzar l'oferta per tal de donar una resposta proporcionada i efectiva. D'altra banda, l'ordenació de l'atenció a la demanda ha de millorar l'accessibilitat i l'equitat, de manera que si la persona és atesa al dispositiu adequat, s'eviten duplicitats, es millora la resolució de cada dispositiu, s'eviten derivacions innecessàries i retards en l'atenció, i el conjunt dels dispositius incrementen la seva capacitat de donar resposta a la ciutadania.

Tanmateix, és el ciutadà qui decideix a quin dispositiu consulta i, per tant, qualsevol acció d'ordenació dels serveis ha de reconèixer el ciutadà com l'element actiu principal del sistema, que necessita disposar dels instruments per poder prendre la millor decisió. Per tant, la responsabilitat de les autoritats sanitàries és facilitar a la ciutadania aquests instruments per a la presa de decisió.

El o61 CatSalut Respon té la capacitat de poder oferir a la ciutadania consell sobre quin és el dispositiu més adequat per a la seva atenció. Actualment, segons dades de l'enquesta Òmnibus 2016, només un 27,7% de les persones que han anat a un dispositiu d'urgències ha consultat prèviament el o61 CatSalut Respon. Per tant, reforçar el paper del o61 CatSalut Respon com a principal entrada no presencial de l'atenció urgent al sistema de salut per a aquells ciutadans que tenen la percepció de la necessitat d'atenció immediata pot contribuir a l'ordenació de la demanda.

Aquest reforç requereix que el o61 CatSalut Respon augmenti la seva capacitat de resoldre la demanda urgent i immediata que fa la ciutadania, bé sigui incrementant el seu potencial de consultoria sanitària o augmentant la seva capacitat de resolució administrativa.

La utilització dels serveis d'urgències pot requerir la derivació del ciutadà a un altre dispositiu més adequat per resoldre el seu problema de salut. D'aquesta manera, el ciutadà que s'adreça als serveis d'urgències hospitalaris pot ser derivat per resoldre la seva consulta a l'atenció primària de salut, comptant sempre amb el seu consentiment. Alhora, l'atenció primària de salut, tot i tenir una elevada resolució dels problemes de salut, pot acabar indicant per criteris clínics la derivació a les urgències hospitalàries. En aquest cas, cal generar un circuit que tingui en compte l'hora d'arribada al primer dispositiu a l'hora de prioritzar la seva atenció al servei d'urgències hospitalari.

Acció 1

o61 CatSalut Respon: eix integrador i porta d'accés no presencial a l'atenció urgent i continuada

El o61 Catsalut Respon constitueix actualment la porta d'accés no presencial de l'atenció immediata i urgent al sistema de salut, ja sigui en forma de consultoria, mitjançant la resolució no presencial de diferents tipus de consultes sanitàries i la de consells de salut, en tasques informatives, logístiques i de coordinació de recursos propis d'atenció presencial.

Aquesta acció preveu el reforç d'ambdues funcions, per tal d'esdevenir una eina més resolutiva alhora que un servei facilitador i integrador del sistema.

Objectius

- Assegurar l'equitat i l'accessibilitat de la ciutadania a tots els dispositius presencials i no presencials.
- Informar el ciutadà.
- Promoure el rol harmonitzador i integrador del sistema del o61 CatSalut Respon en la integració i distribució dels recursos.
- Promoure la resolució no presencial en relació amb la demanda.

Descripció

L'acció es concreta a:

- Capacitar el o61 CatSalut Respon per fer seguiment (clínic i/o administratiu) no presencial d'aquelles consultes que es considera que ho necessitin, per tal d'assegurar-ne una adequada resolució.
- Adaptar els sistemes d'informació per tal de facilitar la informació necessària (clínica i/o administrativa) als teleoperadors del o61 Catsalut Respon i dotar-lo de més capacitat per resoldre aspectes i necessitats administratives dels ciutadans.
- Dotar al Centre Coordinador del o61 Catsalut Respon de la capacitat de dirigir el ciutadà als serveis sanitaris adequats amb la intenció que la consulta tingui caràcter finalista.
- Ampliar l'oferta de consultoria sanitària telefònica en pediatria i salut mental, dirigida a la ciutadania. En el primer cas, es crearà una nova línia telefònica d'atenció pediàtrica les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any, amb un pediatre, que ha d'atendre consultes i donar continuïtat assistencial dels casos. En el segon cas, es crearà una línia d'atenció telefònica a la salut mental les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any, amb un psiquiatre/psicòleg.
- Iniciar experiències de noves formes de consultoria sanitària no presencial a la ciutadania, com per exemple la telemàtica o projectes d'intel·ligència artificial
- Dimensionar la plantilla del o61 Catsalut Respon per tal de donar un adequat compliment de les seves funcions.
- Informar la ciutadania dels beneficis que obtindrà de la consulta al o61 CatSalut Respon.

Acció 2

Circuits àgils i proactius per millorar la continuïtat de l'atenció entre serveis

Entre un 52-65% de l'activitat dels serveis d'urgències hospitalaris (SUH) són per consultes sense risc vital o de baixa complexitat. D'aquestes, la majoria (52%) es podrien resoldre a dispositius d'urgències d'atenció primària o a la mateixa atenció primària (11-13%). A Catalunya, hi ha descrites experiències d'èxit de derivacions des dels SUH als dispositius d'atenció primària de salut que es poden reproduir al conjunt del territori.

D'altra banda, hi ha un percentatge de ciutadans (l'any 2016 era el 7,35) que consulta l'atenció primària de salut i per indicació clínica requereixen la derivació a un altre dispositiu per tal de completar la resolució de la consulta. En aquests casos s'ha de tenir en consideració l'espera en el primer dispositiu, per tal que el ciutadà mantingui la prioritat en el dispositiu receptor.

Objectius

- Disminuir les esperes en l'atenció per consultes sense risc vital o no urgents.
- Reduir els temps d'espera i millorar la continuïtat en les derivacions entre dispositius.

Descripció

- Consensuar criteris clínics de derivació dels dispositius d'urgències hospitalàries cap a l'atenció primària de salut en els ciutadans que consultin sense risc vital, i facilitar al ciutadà informació sobre els dispositius més propers i sobre el temps d'espera.
- Establir un circuit de derivació de l'atenció primària de salut al SUH, en què es generin formularis de preadmissió, per tal que el ciutadà derivat al servei hospitalari no sigui penalitzat en el temps de resolució de la seva demanda.

EIX 2

L'atenció primària i a la comunitat com a primer nivell d'atenció

L'atenció primària és el primer punt d'accés, la porta d'entrada, al sistema sanitari. Aquesta xarxa, a més de l'activitat programada, dona resposta a les consultes espontànies i presta serveis d'atenció continuada i urgent a través de diferents dispositius.

Hi ha alguns aspectes importants a considerar entorn a la demanda d'atenció continuada i urgent:

- La contínua tecnificació de la medicina fa que la resolució de la demanda d'atenció continuada i urgent de baixa i mitjana complexitat requereixi, en força casos i de manera creixent, el suport d'eines com el diagnòstic per la imatge (raigs X i ecografies) o les anàlisis clíniques.
- La població és cada cop més envellida i amb més malalties cròniques; per tant, té unes necessitats per atendre cada cop més complexes, no només sanitàries sinó també socials.
- La cultura de la immediatesa impregna la nostra societat i això fa que la ciutadania demani solucions de manera immediata i adaptada al seu ritme de vida i circumstàncies, independentment del grau d'urgència des del punt de vista mèdic.
- La consideració d'aspectes tan fonamentals com la dignitat, la intimitat, el confort i la qualitat de l'atenció sanitària centrada en les persones, més enllà d'un bon servei sanitari, des del punt de vista tècnic. En aquest sentit, que l'atenció continuada i urgent es pugui fer en formats diversos i adaptats al ciutadà, com és l'atenció domiciliària o l'atenció no presencial, suposa un gran avenç.

Per tot això, és necessari orientar l'atenció primària a la prestació de serveis d'atenció continuada i urgent a Catalunya cap a un nou model més resolutiu, més integral, més adaptat i centrat en el pacient i, per tant, de més qualitat, que es basi en el servei sanitari que rep el ciutadà per part dels equips d'atenció primària, més enllà de les estructures i els dispositius.

El Pla d'atenció primària i salut comunitària, que s'està elaborant des del Departament de Salut, reforça el paper dels equips d'atenció primària en la resolució de les urgències de baixa i mitjana complexitat. Bàsicament, es vetlla per garantir l'accés lliure, àgil, senzill, ordenat i adaptat al sistema sanitari dins i fora de l'horari de funcionament dels CAP, per a situacions de demanda immediata, amb una cartera de serveis única a tot el territori, per aconseguir una atenció integral, altament resolutiva i amb la continuïtat i la integració del procés assistencial urgent dins del sistema sanitari.

L'atenció primària es situa en el centre del sistema, amb un servei més proactiu, comunitari, interactiu i més adaptat a la realitat del nostre entorn.

Acció 3

L'atenció primària clau en la resolució de les urgències de baixa i mitjana complexitat

Els dispositius d'urgències d'atenció primària (CAP, CUAP) són la porta d'accés al sistema sanitari. Els ciutadans poden accedir als CAP arreu del territori a través de visites programades o, quan el motiu de consulta exigeix atenció urgent o immediata, a través de visites espontànies, o a través de visites urgents al CUAP. Mitjançant aquests serveis es garanteix una resolució a la demanda urgent de baixa i mitjana complexitat, l'abordatge i resolució del problema de salut i la derivació a altres dispositius, en cas que sigui necessari.

La diversitat de dispositius i funcionament de l'atenció continuada i urgent a l'atenció primària fa necessària la definició de la cartera de serveis, per assegurar l'accés equitatiu de la població de tots els territoris i l'adaptació a les necessitats de l'entorn. Alhora, cal adaptar aquesta cartera de serveis, en el sentit que els dispositius d'urgències i atenció continuada de primària siguin més interactius i resolutius treballant en xarxa amb unitats hospitalàries, com les unitats d'hospitalització a domicili, o dispositius d'hospitalització intermèdia, com els centres sociosanitaris, i el SEM.

Objectius

- Promoure la utilització dels dispositius d'atenció primària per a les consultes urgents de baixa i mitjana complexitat i augmentar-ne la capacitat de resolució.
- Disposar d'una cartera de serveis dels diferents dispositius d'atenció continuada i urgent de l'àmbit de l'atenció primària i garantir-ne l'accés equitatiu per a la població de tot el territori.
- Informar la ciutadania sobre la localització dels dispositius d'atenció continuada i urgent i la seva cartera de serveis.
- Garantir l'atenció integrada del pacient (continuitat assistencial i suport al diagnòstic i tractament) mitjançant la coordinació dels diferents dispositius assistencials del territori.

Descripció

- Actualitzar i implementar al territori la cartera de serveis dels diferents dispositius d'atenció continuada i urgent.
- Promoure el treball en xarxa entre professionals de l'atenció primària, de l'atenció hospitalària (incloent-hi les unitats d'hospitalització a domicili), dels sociosanitaris, del SEM i del o61 CatSalut Respon.
- Fomentar l'ús de sistemes d'informació compartits.
- Adequar l'organització i les eines de treball per tal que els professionals dels CAP disposin de les condicions necessàries per poder integrar l'atenció a les visites espontànies a l'agenda de visites programades, com per exemple les consultes no presencials (virtual, telefònica) o potenciar el rol d'infermeria.
- Realitzar una campanya per tal d'informar a la població dels dispositius d'atenció primària existents i la seva cartera de serveis.
- Millorar l'accés telefònic del ciutadà a l'equip d'atenció primària.

Acció 4

Orientació de l'atenció continuada i urgent a l'atenció primària de salut

La prestació de serveis d'atenció continuada i urgent a Catalunya s'ha d'orientar cap a un model més resolutiu, amb una visió més integral del procés d'atenció i més adaptat i centrat en el pacient. Per tant, es vol assolir un model que posi en primer lloc la qualitat del servei sanitari que rep el ciutadà per part dels equips d'atenció primària, més enllà de les estructures i els dispositius.

Aquest model reforça el paper de l'atenció primària com a punt d'atenció idoni i garant de l'accés equitatiu a l'atenció continuada, augmenta la resolució de demanda urgent de baixa i mitjana complexitat, realitza l'abordatge inicial i la derivació a l'hospital de les urgències de major gravetat i atén el malalt crònic avançat i/o en situació de final de la vida, tant a domicili com a residències assistides. Alhora, es vol potenciar el seu rol de coordinació i treball en xarxa conjuntament amb el O61 CatSalut Respon, el SEM, els equips d'urgències hospitalaris, els equips d'hospitalització a domicili i els equips dels centres sociosanitaris.

Així doncs, l'aplicació d'aquest model preveu, de manera complementària, l'enfortiment de l'atenció presencial i la potenciació de l'atenció domiciliària per part dels equips d'atenció primària. Els criteris de planificació d'aquest model d'atenció continuada s'han de basar en l'accessibilitat als serveis, en les característiques socioeconòmiques i de morbiditat de la població i en el volum d'activitat, entre d'altres.

Objectius

- Assegurar un accés equitatiu als serveis d'atenció continuada i urgent i garantir la sostenibilitat del sistema.
- Augmentar la resolució de l'atenció continuada i urgent a l'atenció primària.

Descripció

- Orientar la prestació de serveis d'atenció continuada i urgent a Catalunya cap a un nou model, més resolutiu, més centrat en el pacient i, per tant, de més qualitat, basat en el servei sanitari que rep el ciutadà més que en les estructures i els dispositius. Aquest model fomenta la creació d'una xarxa de CUAP als nuclis urbans amb alta densitat de població i la potenciació de l'atenció domiciliària coordinada amb el SEM i el servei d'urgències hospitalari.
- Ordenar els diferents dispositius complementaris d'atenció continuada i urgent a cada territori en base a factors d'activitat, població, accessibilitat i l'indicador sintètic socioeconòmic.
- Establir el calendari del desplegament territorial.
- Adequar els recursos necessaris per garantir el correcte desplegament del model d'atenció continuada.

Criteris de planificació de l'atenció continuada i urgent de l'atenció primària

Criteris d'activitat

- **Activitat.** L'activitat depèn tant del volum de la població de referència que acudeix al dispositiu com de la freqüentació al servei per part d'aquesta població. La mitjana de visites globals i la seva distribució temporal en un punt d'atenció és un dels aspectes que determina la tipologia de dispositiu d'atenció més adient i en quines franges horàries s'ha de concentrar aquesta atenció. La població de referència té en compte tant la dispersió territorial com el continu urbà, depassant, si escau, els límits territorials administratius (municipis) o sanitaris (ABS), per tal de dimensionar la necessitat de recursos d'atenció continuada i urgent.
- **Fluctuacions en el volum o distribució de l'activitat.** La variabilitat estacional de població és un criteri rellevant a l'hora de planificar reforços en l'atenció continuada i urgent durant determinades èpoques de l'any. Les estimacions de població estacional de l'Idescat són la referència per valorar les càrregues de població que suporta cada territori. En aquest sentit, cal considerar:
 - L'afluència de turisme durant l'estiu a les localitats de costa, tenint en compte també els desplaçaments durant els caps de setmana o altres períodes de vacances.
 - L'afluència de turisme durant el període d'estiu i d'hivern, especialment durant la temporada d'esquí, a les poblacions de muntanya, considerant també la Setmana Santa o els ponts.
 - El desplaçament de treballadors temporers del sector serveis a les zones turístiques o per treballar al camp a zones rurals.
 - L'afluència de turisme constant a ciutats d'atracció turística, malgrat no estar vinculada a períodes estacionals concrets.

Criteris poblacionals

- **Població total, tipus de població i densitat poblacional.** Aquests són aspectes rellevants a l'hora de planificar el tipus de dispositiu i la ubicació dels recursos assistencials de l'atenció continuada i urgent. Es distingeixen diferents situacions:
 - Territoris urbans amb elevada població (> 60.000 habitants) i alta densitat de població (superior a 1.500 habitants per km²).
 - Territoris amb nuclis urbans de grandària mitjana (35.000 - 60.000 habitants) i densitats de població més baixes.
 - Territoris amb nuclis urbans amb baixa població (< 35.000 habitants) i entorns rurals amb població dispersa i molt baixa densitat de població.

Criteris d'accessibilitat

- **Temps.** Un dels aspectes clau en el procés d'atenció continuada i urgent és garantir un temps d'accés homogeni i adequat als serveis sanitaris idonis per donar resposta a la necessitat de salut de la població. En aquest sentit, cal vetllar perquè l'atenció es realitzi amb el termini més curt possible, més enllà de l'emplaçament o disposició física dels recursos.

Alhora, en l'adaptació d'aquest criteri a la realitat territorial cal tenir en compte:

- **La xarxa de transport públic** tenint en compte la freqüència de pas, especialment en entorns rurals, segons la franja horària i també les connexions entre els diferents serveis.
- **La xarxa viària i l'estat de les carreteres**, prenent en consideració la presència de vies ràpides o lentes, la sinuositat o perillositat de la via i l'enllumenat, així com les incidències per obres.
- **L'època estacional o la climatologia del territori** per l'afectació del trànsit a la xarxa de carreteres i altres vies.
- **El trànsit** segons la franja horària o la presència de problemàtiques freqüents.
- **La localització geogràfica del dispositiu** tenint en compte si està situat en una zona elevada de la localitat o si hi ha un única via d'accés.

Criteris socioeconòmics

Tal com s'ha demostrat, hi ha diferències en les necessitats i la utilització dels serveis d'urgències segons el nivell socioeconòmic de la població. En aquest sentit, es realitzen ajustos territorials dels serveis d'atenció continuada tenint en compte criteris socioeconòmics (aplicant l'indicador sintètic de l'AQuAS), així com indicadors de morbiditat i estat de salut de la població, que poden influenciar en l'ús dels serveis (barreres arquitectòniques, envelliment població, etc.).

Criteris de recursos disponibles

L'existència de serveis d'urgències hospitalàries en el mateix territori de referència condiciona el nombre de visites esperables a les urgències de primària i, per tant, és un altre criteri que s'ha de tenir en compte a l'hora de planificar un dispositiu.

Model d'atenció urgent i continuada de l'atenció primària

- 1.** L'atenció domiciliària s'ha de potenciar i garantir a tota la població de Catalunya. Aquesta atenció s'ha de realitzar, bàsicament, per compte de l'atenció primària de la salut.
- 2.** La intensitat d'aquest recurs s'ha d'adaptar en funció dels criteris de densitat i dispersió poblacional, sempre en relació amb la disponibilitat dels recursos assistencials presencials.
- 3.** L'atenció presencial es garanteix, principalment, mitjançant diferents dispositius, segons criteris de densitat de població i nombre de visites anuals esperades,* però també tenint en compte criteris d'accessibilitat, socioeconòmics i recursos disponibles al territori.
- 4.** En poblacions de menys de 10.000 habitants es preveuen menys de 4.000 visites presencials anuals; en aquests casos, l'atenció domiciliària i els dispositius d'urgències d'atenció primària en entorns aïllats (DEA) són els dispositius més adequats per atendre les urgències.
- 5.** En poblacions d'entre 10.000 habitants i 35.000 habitants es preveuen entre 4.000 i 14.000 visites presencials anuals. Els dies feiners no es considera adequat estendre l'horari d'atenció, però sí que ho és obrir un únic centre els caps de setmana i festius. L'horari que es proposa és de mitja jornada (de 8 h a 15 h), tot i que, a mesura que l'activitat tendeixi a les 14.000 visites anuals, es pot plantejar ampliar gradualment l'horari fins a les 20 h. Igualment, a mesura que l'activitat tendeixi a 4.000 visites anuals, es pot considerar disposar només d'un recurs DEA o atenció domiciliària.
- 6.** En poblacions d'entre 35.000 habitants i 60.000 habitants es preveuen entre 14.000 i 24.000 visites presencials anuals. Els dies feiners es considera adequat ampliar l'horari d'un centre de la població fins a les 22 h, tot i que, a mesura que l'activitat tendeixi a 24.000 visites presencials anuals, es pot plantejar ampliar gradualment l'horari fins a les 24 h. Igualment, a mesura que l'activitat tendeixi a 14.000 visites presencials anuals, es pot considerar no ampliar l'horari d'atenció. Els caps de setmana i festius es proposa obrir un centre de la població amb un horari diürn (de 8 h a 20 h), tot i que, a mesura que l'activitat tendeixi a les 24.000 visites anuals, es pot plantejar ampliar gradualment l'horari fins a les 24 h o, fins i tot, obrir les 24 h. Igualment, a mesura que l'activitat tendeixi a 14.000 visites anuals, es pot considerar obrir només fins a les 15 h.

7. En poblacions d'entre 60.000 habitants i 200.000 habitants¹ es preveuen entre 24.000 i 78.000 visites presencials anuals. Sempre que les visites presencials superin les 24.000, es considera adequat obrir un CUAP. Cal tenir en compte la disponibilitat d'urgències hospitalàries al territori. Si no s'assoleix aquesta xifra mínima, es considera adequat mantenir les mateixes condicions que en el supòsit anterior.

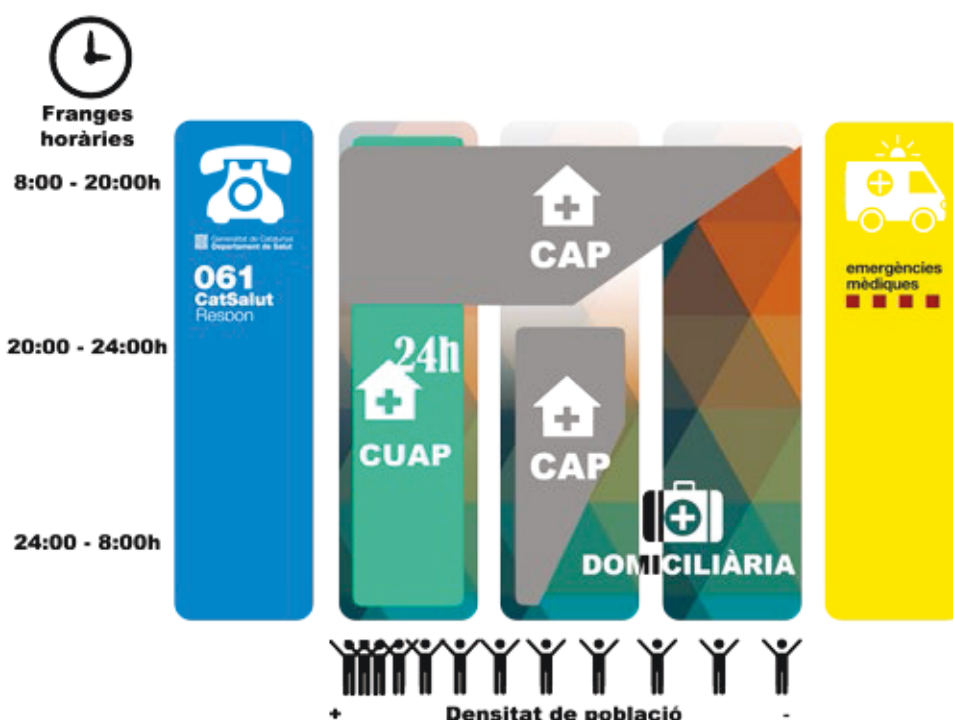
8. En poblacions de més 200.000 habitants² es preveu prop de 80.000 visites anuals, tot i l'existència de serveis d'urgències hospitalàries cal disposar de CUAP.

1. Lleida, Tarragona, Mataró, Santa Coloma de Gramenet, Reus, Girona, Sant Cugat del Vallès, Cornellà de Llobregat, Sant Boi de Llobregat, Rubí, Manresa, Vilanova i la Geltrú, Viladecans, Castelldefels, el Prat de Llobregat i Granollers.

2. Barcelona, l'Hospitalet de Llobregat, Badalona, Terrassa i Sabadell.

* L'algoritme de càlcul per estimar la necessitat esperada, visites diàries fora de l'horari d'obertura del CAP, és el següent:

- Ràtio 2.994.912 visites MAT III a V a una població de 7.477.131 habitants, les visites s'han estimat a partir del nombre de visites d'urgències a l'atenció continuada urgent; la distribució d'urgències totals que són MAT IV i V; la distribució dels MATS III, IV i V a l'atenció continuada urgent.
- A partir de la freqüentació per franges horàries als CUAP i centres d'atenció primària s'han distribuït les visites en el tram nocturn (00:00 h - 08:00 h) i el diürn (08:00 h - 00:00 h): 10,32% i 89,68% diürn (mitjana ponderada del 88,51% als CUAP i del 90,31% als CAC).
- A les visites diürnes s'han identificat les visites que s'atenen dissabtes, diumenges (104 anuals) i festius (segons el calendari oficial de festes laborals i afegint-hi les locals, i tenint en compte que algunes de les quals coincideixen en cap de setmana), en total 118 dies.
- El percentatge de visites presencials i d'atenció domiciliària a les visites nocturnes és del 50%, mentre que en les visites diürnes s'estima que el 85% són presencials i el 15% són domiciliàries.
- Finalment, hem reduït visites diàries en horari nocturn i diürn.



Acció 5

Millora de l'accessibilitat al medicament dels pacients que reben atenció domiciliària urgent

Les oficines de farmàcia constitueixen un dispositiu complementari a l'atenció mèdica urgent. Durant el servei d'urgència, les oficines de farmàcia han de dispensar tots aquells medicaments, productes sanitaris i productes dietoterapèutics que siguin sol·licitats amb caràcter d'urgència, mitjançant prescripció facultativa i també quan hi hagi un problema de salut que requereixi una atenció farmacèutica immediata o que ho justifiqui.

Així mateix, de l'atenció domiciliària urgent, especialment la nocturna, poden resultar 3 situacions: la necessitat de derivar el pacient a un altre dispositiu d'urgència per ser tractat; la prescripció d'un medicament que es pot iniciar de forma diferida, és a dir, que pot iniciar-se un cop el pacient obtingui el medicament en horari ordinari de l'oficina de farmàcia, i la prescripció d'un medicament per iniciar tractament de forma immediata.

En aquest sentit, cal vetllar perquè el pacient que és atès a domicili, i que necessita iniciar el tractament amb fàrmac de forma immediata, se li faciliti l'accés a aquest tractament evitant, sempre que sigui possible, el desplaçament d'aquest a una oficina de farmàcia de guàrdia.

Objectius

- Minimitzar desplaçaments del pacient, per facilitar-li l'accessibilitat a la medicació en cas que sigui necessari l'inici immediat del tractament.
- Promoure el rol harmonitzador i integrador de l'oficina de farmàcia amb la resta dels recursos sanitaris.
- Informar el ciutadà sobre els serveis d'urgència farmacèutica de manera coordinada amb la resta dels dispositius sanitaris d'urgència.

Eix 3

Les emergències i la coordinació dels dispositius hospitalaris per a l'atenció del pacient crític

El Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) és clau en el àmbit de l'atenció urgent i de l'emergència a Catalunya. La seva coordinació i connexió amb la resta de dispositius que presten atenció urgent és essencial per tal d'assegurar la qualitat d'atenció que reben els ciutadans.

Es tracta d'un servei altament professionalitzat, que presta serveis les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. El procés assistencial es desenvolupa en dos àmbits diferenciats, l'atenció no presencial, que es duu a terme a les tres centrals de coordinació sanitària (CECOS), donant resposta a la demanda, bé sigui mobilitzant recursos o bé sigui fent consultoria sanitària, i la presencial, que es presta a través dels recursos mòbils (SVB, SVAm, SVAi, VIR, SVA aeri).

El SEM és un eix central del sistema, i per aquest motiu, és necessari reforçar la seva capacitat logística, coordinadora i integradora dels diferents dispositius d'urgències. D'aquestes capacitats no només se'n beneficia el sistema, sinó que els ciutadans també poden millorar l'oferta d'informació en salut, la resolució de tràmits i la consultoria sanitària. L'accés a la informació de la història clínica dels ciutadans des de qualsevol dispositiu i la informatització de tots els registres, permetrà millorar la resolució dels dispositius del SEM i la transició entre dispositius, amb garanties de seguretat clínica.

Els criteris de distribució i tipologia dels dispositius mòbils (ambulàncies, helicòpters i vehicles d'atenció continuada), vinculat a obtenir els millors resultats, és un dels temes a abordar. El nou model de transport sanitari (2014) ha comportat, entre altres coses, la diversificació i reorganització de recursos de suport vital avançat. Aquest canvi ha impactat en la millora de temps resposta en el global del territori. Malgrat tot, manquen ajustos en l'àmbit territorial.

El SEM és clau en la coordinació de l'atenció dels pacients crítics. L'ordenació de circuits d'atenció a malalts crítics amb una visió integral i de xarxa territorial de llits de crítics, permetrà assegurar l'equitat entre els diferents territoris i que el SEM pugui exercir la seva responsabilitat de coordinació sistèmica. D'altra banda, la possibilitat que professionals altament especialitzats amb àrees específiques de l'atenció a les emergències, tant en l'adult com en el pacient pediàtric, actuïn com a consultors presencials o no presencials, contribuirà a assegurar l'equitat d'accés i de resultats en salut entre els territoris.

Igualment, l'atenció a l'aturada cardiorespiratòria en l'espai públic s'ha d'afrontar com un repte del conjunt del sistema, amb un procediment d'actuació que abasti a tots els territoris de Catalunya.

Acció 6

El SEM com a servei públic essencial

Els serveis públics essencials són aquells que ostenten la consideració d'indispensables i, de la seva activitat, se'n deriven prestacions vitals o necessàries per a la vida de la comunitat.

Entre altres coses, i per la seva naturalesa, aquests serveis han d'estar dotats dels recursos humans necessaris per al desenvolupament de les tasques que els pertoca, tenen capacitat per cobrir les baixes i les jubilacions i disposen de flexibilitat per poder contractar addicionalment, en cas que els sigui necessari.

El SEM és un servei públic altament professionalitzat, que presta serveis les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any, per satisfer els interessos generals en l'àmbit de la urgència i l'emergència.

Objectius

- Garantir l'estabilitat i la qualitat de l'atenció a les emergències mèdiques.
- Millorar l'estabilitat dels professionals de les emergències mèdiques.

Descripció

- Preservar el funcionament constant i la capacitat de donar resposta en tot moment del servei d'emergències mèdiques, i per acord del Govern es declara el SEM com a servei públic essencial.
- Reduir la temporalitat i augmentar l'estabilitat dels professionals del SEM.

Acció 7

Adaptació continuada de la cartera de serveis del SEM

El SEM té una cartera de serveis àmplia, d'acord amb les demandes d'atenció a les urgències i emergències. Aquestes demandes, sobretot pel que fa a l'atenció al malalt crític, es van ampliant d'acord amb la progressiva tecnificació i les noves estratègies terapèutiques altament especialitzades. L'actualització tecnològica de l'equipament de les ambulàncies l'any 2014 ha permès millorar l'assistència sanitària de la ciutadania.

Precisament, per l'alta professionalització i expertesa dels recursos humans del SEM, aquest pot facilitar un servei de consultoria a altres professionals per a l'atenció al pacient crític i a d'altres consultes especialitzades de suport als professionals que ho necessitin.

Objectius

- Assegurar l'equitat entre els territoris en el tractament al malalt crític pel que fa a l'accessibilitat i els resultats.
- Assegurar una atenció de qualitat al pacient crític.
- Adaptar la cartera de serveis del SEM a les noves demandes.

Descripció

L'adaptació de la cartera de serveis del SEM hauria de ser una constant, per tant, només esmentarem alguns exemples fruit de necessitats actuals.

- Ampliar l'horari d'activitat del suport vital avançat aeri nocturn.
- Crear un equip especialitzat en trasllats de pacients crítics altament complexos (pacients tributaris d'oxigenació per membrana extracorpòria [ECMO], tractaments amb baló de contrapulsació o suport ventricular), capaç d'estabilitzar el pacient *in situ* i, posteriorment, fer el trasllat cap al centre de referència.
- Posar en marxa la consultoria especialitzada de suport per a professionals, per a pacients crítics pediàtrics (equips de SEM pediàtric [SVAm-P] i/o consultor pediàtric de guàrdia).

Acció 8

Distribució dels dispositius mòbils del SEM amb criteris objectius i adaptació sistemàtica

Els dispositius mòbils del SEM (ambulàncies d'SVAm, SVAi, SVB, VIR, SVA aeri) estan distribuïts pels territoris en base a criteris que busquen assegurar un temps de resposta adequat en relació amb les demandes i tenint en compte els resultats esperats. Aquesta distribució ha de respondre, a partir d'una anàlisi de demandes, temps de resposta i resultats, a criteris objectius que assegurin l'equitat entre els territoris.

Objectius

- Assegurar una atenció de qualitat al pacient crític.
- Assegurar l'equitat entre els territoris en el tractament al malalt crític i orientar-se a obtenir bons resultats.

Descripció

- Establir i aplicar nous criteris objectius, basats en resultats esperats i observats, i amb actualització sistemàtica que permetin reordenar el tipus i la distribució dels dispositius mòbils del SEM.

Actualment, els criteris que es tenen en compte són:

- Població a la qual es dona cobertura.
- Demanda esperada i observada en relació a la població.
- Isòcrones (temps de resposta que té en consideració distància, dispersió i factors locals, com la xarxa de carreteres).
- Distribució de la resta de dispositius d'urgències hospitalaris i d'atenció primària.

A aquests criteris, se n'afegeixen de nous, com l'índex d'ocupació de recursos i les demores d'assignació de recursos.

Acció 9

Xarxa nacional i territorial d'atenció als pacients crítics

Catalunya compta amb unitats de medicina intensiva distribuïdes a diferents hospitals de tots els territoris. El “llit de pacient crític”, tant pediàtric com de l'adult, és un recurs altament especialitzat que necessita d'una gestió integrada i en xarxa per tal que, independentment del territori de procedència del pacient, l'accessibilitat a l'atenció hospitalària al pacient crític sigui equitativa.

El SEM ha de tenir un paper clau i determinant en la gestió i coordinació de la xarxa dels llits de crítics del territori.

Durant l'última epidèmia de bronquiolitis per virus respiratori sincític (VRS) s'ha iniciat un treball en xarxa de llits crítics pediàtrics a tot el territori, s'ha fomentat la compartició de recursos i reforçat el trasllat interhospitalari, amb bons resultats quant a accessibilitat. El treball en xarxa es basa en la cooperació, la confiança i la transparència, i impacta directament en l'equitat, l'accessibilitat i la millora els resultats en salut.

Objectius

- Assegurar l'accessibilitat a una atenció de qualitat al pacient crític.
- Assegurar l'equitat entre els territoris en el tractament al malalt crític, amb orientació als resultats.
- Impulsar la gestió en xarxa dels recursos d'atenció al pacient crític.

Descripció

- Definir i establir una xarxa de caràcter nacional alhora que territorial per a la gestió i atenció dels pacients crítics adults i pediàtrics.

Requeriments de la xarxa nacional i territorial de pacients crítics

- Mapa nacional de llits de Medicina Intensiva, tant pediàtrics com d'adults, i carter de serveis.
- Informació a temps real de les demandes de llits de crítics i de l'oferta disponible.
- Sectorització territorial i nacional.
- Gestió territorial i centralitzada per part del SEM.
- Protocols d'actuació en situacions d'increments de demanda.
- Definició de les funcions dels caps de guàrdia del SEM i dels dispositius hospitalaris en relació a les demandes de llits de crítics en situacions de saturació dels dispositius.
- Elaboració i implantació de protocols d'actuació davant de situacions de saturació de dispositius.
- Constitució de consultories no presencials entre especialistes de medicina intensiva de l'adult i pediàtrica dels hospitals de referència per als professionals dels hospitals de proximitat per a l'atenció al pacient crític.

Acció 10

Pla sobre aturada cardiorespiratòria a l'espai públic

L'estratègia assistencial en l'aturada cardiorespiratòria extrahospitalària es basa en quatre principis: alerta immediata, suport vital bàsic realitzat pels testimonis, la desfibril·lació precoç i el suport vital avançat precoç. L'efectivitat d'aquesta cadena està condicionada per dos elements clau: les compressions toràciques precoces i la desfibril·lació precoç.

És necessari dissenyar i implementar un pla específic per assegurar els millors resultats.

Objectius

- Assegurar l'equitat en l'actuació davant de l'aturada cardiorespiratòria.
- Disminuir el temps fins a la desfibril·lació.
- Disminuir la morbidimortalitat en l'aturada cardiorespiratòria extrahospitalària.
- Augmentar i crear una xarxa de primers interventors (*first responders*).

Descripció

- Elaborar un pla específic sobre aturada cardiorespiratòria a l'espai públic.

Característiques que ha de recollir el Pla

- Coordinar amb el Departament d'Ensenyament l'extensió de la formació obligatòria en aturada cardiorespiratòria als centres educatius de Catalunya. D'aquesta manera, s'incrementen de forma exponencial els primers interventors i, per tant, les possibilitats de supervivència dels pacients amb aturada cardiorespiratòria.
- Disposar de desfibril·ladors externs automàtics (DEA) en el temps mínim en el lloc de l'aturada; aquest objectiu es pot complir de diferents maneres: instal·lació de dispositius fixos a espais públics concorreguts, dotació de DEA a unitats mòbils de la policia i ús de drons que transporten DEA.
- Desenvolupar un programa nacional de primers interventors: identificació de professionals, formació i app per a la localització.

Eix 4

L'atenció urgent hospitalària: procés d'atenció, organització i drenatge

Els dispositius d'urgències hospitalaris són els més utilitzats per la ciutadania i atenen més de 9.500 visites diàries de mitjana, corresponents al 49% del total de visites ateses als diversos dispositius d'urgències. Alhora, aquests serveis són els que pateixen més saturació, produïda per múltiples factors, relacionats amb l'elevada pressió de la demanda, amb el procés assistencial dins del mateix servei d'urgències i amb el drenatge dels pacients, entre d'altres. Aquesta saturació té efectes no desitjats, especialment per als pacients, que es poden traduir en retards en l'atenció, esperes en condicions deficientes o estades perllongades en espais inadequats. La saturació, doncs, té un impacte negatiu tant en la percepció de la ciutadania de la capacitat de resposta del sistema com en els professionals.

El procés assistencial urgent a l'entorn de l'hospital comprèn el seguit d'accions que esdevenen durant la prestació d'atenció en el servei d'urgències hospitalari (SUH) des de l'arribada del pacient fins que surt del servei. Aquest procés s'inicia amb la primera intervenció assistencial que se li presta i que consisteix a fer una valoració de risc per discernir els pacients sense risc vital o amb demandes no urgents, i que per tant poden esperar a ser atesos, dels que s'han d'atendre amb diferent prioritat. Aquesta valoració és el que es denomina triatge, que permet prioritzar l'atenció als pacients i que és especialment rellevant en serveis amb saturació i on s'atenen pacients amb risc vital, com són els SUH. La majoria de serveis d'urgències hospitalaris a Catalunya implementen el sistema de triatge. A l'annex 8 es pot consultar una anàlisi detallada del triatge als hospitals de Catalunya.

Després del triatge, el procés d'atenció continua amb la valoració clínica, l'aproximació diagnòstica, el tractament i la decisió a l'alta. En tot aquest procés intervenen diferents professionals del servei d'urgències hospitalari (metges, infermers, tècnics, zeladors, administratius sanitaris) com d'altres serveis i especialitats, tant clíniques com de diagnòstic (imatge, laboratori). És, per tant, un procés que requereix una gran coordinació de recursos i que s'ha de produir en el mínim temps possible, per tal d'obtenir el millor resultat. L'alentiment d'aquest procés pot ser una causa de la saturació del servei, per la qual cosa és necessari assegurar el procés assistencial en el temps idoni.

El procés assistencial a urgències s'acaba quan el pacient és donat d'alta a domicili, ingressat al mateix centre o traslladat a un altre centre. A Catalunya, s'observa que la causa més freqüent d'alta del servei d'urgències hospitalari és l'alta a domicili (82,1%), seguida per l'ingrés al mateix centre (10,7%) i pel trasllat a un altre centre (3,5%). El percentatge d'urgències ingressades es manté estable des de l'any 2014 (10,4%).

El procés de drenatge, és a dir, la sortida del pacient dels serveis d'urgències, és un moment en què la coordinació entre els diferents dispositius i serveis és clau, tant per garantir la correcta atenció al pacient (i evitar estades perllongades evitables), com per evitar la possible saturació dels serveis d'urgències. Per tant, és un dels elements clau que cal abordar per a la millora de l'atenció als pacients en l'àmbit dels serveis d'urgències hospitalaris,

amb la implementació de mesures de gestió en l'àmbit sistèmic i, a la vegada, adaptades a les necessitats de cada territori i centre.

De la descripció del procés d'atenció als SUH es desprèn la complexitat de l'organització d'aquests serveis, en què intervenen múltiples professionals de perfils i serveis diversos. Per tal de millorar la coordinació amb la resta de serveis de l'hospital, és clau que el SUH es constitueixi com a servei hospitalari, i compti amb una plantilla de professionals i una estructura de comandaments, tant de l'àmbit assistencial com de docència i de recerca. Alhora, per a la gestió òptima dels SUH, és necessari disposar de sistemes d'informació i quadres de comandament que recullin indicadors no només del servei, sinó del global de la institució i de la resta de dispositius d'urgències del territori.

Acció 11

Serveis d'urgències hospitalaris equiparats a la resta de serveis, amb estructura organitzativa pròpia

A l'actualitat, els professionals que treballen als SUH poden estar adscrits al mateix servei o a d'altres, i el màxim responsable del SUH acostuma a ser la figura del coordinador clínic. En aquest sentit, per tal de millorar l'organització del procés assistencial d'atenció a les urgències, els SUH haurien de tendir cap a disposar de personal propi, adscrit al mateix servei, com succeeix amb la resta de serveis que formen les organitzacions hospitalàries.

A la vegada, els serveis d'urgències han de disposar d'un model propi d'organització, d'acord amb la complexitat de l'hospital, a partir dels nivells d'urgència i de les necessitats dels pacients que han d'atendre. Aquesta organització no exclou que professionals d'altres especialitats intervinguin en la primera atenció als pacients, no només com a consultors (com és el cas de pediatria, ginecologia i obstetrícia, entre altres).

Objectius

- Constituir el SUH com a servei hospitalari propi i amb estructura organitzativa de comandaments, de manera similar a la resta de serveis hospitalaris.
- Dotar els SUH d'una organització orientada a la demanda, a partir dels nivells d'urgència determinats pel triatge.
- Garantir la qualitat de l'atenció prestada.
- Reconèixer i reforçar els professionals d'urgències hospitalàries.

Descripció

- Definir l'estructura dels SUH, liderats per un cap de servei i uns caps clínics. Els SUH adquireixen les mateixes responsabilitats que els seus homòlegs dels altres serveis de l'hospital (tant pel que fa a la gestió, l'organització i la cura per al compliment dels objectius assistencials, docents i de recerca) i, alhora, exerceixen una funció de coordinació de professionals que els permet gestionar tot el procés d'atenció urgent.
- Dotar els SUH de plantilla pròpia de personal.
- Implementar l'organització dels serveis d'urgències hospitalaris a partir del nivell d'urgència dels pacients i garantir el treball coordinat amb professionals d'altres serveis. Concretament:
 - Als centres on, per aspectes organitzatius interns, professionals d'altres serveis han de fer la primera valoració dels pacients, no se'ls ha d'assignar cap altra tasca que interfereixi amb la del servei d'urgències, per tal de garantir la seva presència física a urgències durant tota la jornada laboral.
 - Als centres on, per aspectes organitzatius interns, professionals d'altres serveis no poden fer la primera valoració, han d'actuar com a consultors a requeriment dels professionals d'urgències i assegurar un temps mínim de resposta.

Acció 12

Generalització i homogeneïtzació del triatge als diferents dispositius d'urgències

El triatge és un sistema d'avaluació inicial dels pacients en la seva consulta als dispositius d'urgències que permet classificar-los per nivells en relació amb el seu risc vital. L'aplicació del triatge permet prioritzar i ordenar l'atenció amb criteris de seguretat clínica. En aquest sentit, la generalització i l'homogeneïtzació del triatge en els dispositius assistencials d'atenció continuada i urgent és imprescindible: tot i que en els darrers anys s'ha estès des dels hospitals cap als centres d'urgència d'atenció primària (CUAP), encara manca estendre'n l'ús generalitzat en alguns dispositius. Actualment, s'observa variabilitat territorial en la implementació d'aquest mètode, tal com mostra l'informe sobre el nivell de triatge hospitalari a Catalunya (2016) (vegeu l'annex 8).

Objectius

- Assegurar una homogeneïtzació prioritziació de l'atenció als dispositius d'urgències.
- Promoure l'extensió del model de triatge com a sistema eficaç de prioritziació i de millora de la seguretat clínica als diferents dispositius d'urgències

Descripció

- Elaborar un mapa dels dispositius d'urgències de tot el territori on s'apliqui el sistema de triatge, s'especifiqui quin és el model utilitzat, i s'identifiquin aquells dispositius que no n'apliquen cap.
- Elaborar recomanacions sobre la incorporació d'un sistema de triatge estructurat, per tal d'assegurar-ne l'extensió als diferents dispositius.
- Realitzar el seguiment i l'avaluació sistemàtica de les dades de triatge als diferents dispositius d'urgències.

Acció 13

Unitats d'observació d'urgències efectives i adequades a les necessitats de l'atenció

A una gran part dels pacients que acudeixen als SUH se'ls indica clínicament un temps d'observació. Aquest període forma part del procés assistencial, i s'ha de realitzar en unitats especialment habilitades per a aquesta finalitat. Les unitats d'observació d'urgències (UOU) són unitats estructurals dependents dels SUH, que no requereixen situació administrativa d'ingrés hospitalari. Aquestes unitats han de ser resolutives i, alhora, preservar la intimitat, el confort i la dignitat dels pacients.

Una de les principals causes de saturació dels SUH, alhora que un dels motius de la baixa efectivitat de les UOU, és la seva mala utilització, ja que en múltiples situacions acaben sent emprades com a unitats de preingrés o ingrés a urgències per a aquells pacients que tenen la indicació ferma d'ingrés, però que l'hospital no disposa de llit.

Objectius

- Oferir a la ciutadania una atenció als SUH que respecti els seus dret a la intimitat, dignitat i a rebre una atenció de qualitat.
- Dotar els SUH de les condicions estructurals apropiades per a l'observació.
- Fer un ús adequat de les estructures dels dispositius d'urgències.

Descripció

- Definir la cartera de serveis de les UOU, no incloent la situació de preingrés o ingrés hospitalari.
- Estructurar i equipar les UOU per tal de garantir que donin resposta a la seva finalitat, l'observació dels pacients (temps mitjà de 12 hores i màxim de 24 hores en un percentil del 95% dels pacients).
- Dimensionar les UOU de manera adequada a les necessitats i la demanda de cada servei hospitalari.

Acció 14

L'optimització del drenatge com a punt clau en el procés d'atenció a les urgències

El procés de drenatge, és a dir, la sortida del pacient dels serveis d'urgències, és un moment en què la coordinació entre els diferents dispositius i serveis és clau, tant per garantir la correcta atenció al pacient (i evitar estades perllongades evitables), com per evitar la possible saturació dels serveis d'urgències.

Com s'ha esmentat, una de les principals causes de saturació dels SUH és la dificultat de drenatge del pacient que té indicació d'ingrés i resta pendent de l'assignació i el trasllat a un llit d'hospitalització. El fet que no es disposi de llits d'hospitalització disponibles ocasiona que els pacients que tenen indicació d'ingrés i es troben al SUH hagin de cursar part del seu ingrés en un dispositiu inadequat. En aquest sentit, com s'ha explicat en l'acció 18, és clau disposar d'UOU efectives i ben equipades.

D'altra banda, des de fa anys, hi ha experiències d'èxit d'unitats estructurals o funcionals que són una alternativa segura i eficaç a l'hospitalització convencional. La utilització adequada d'aquestes alternatives permet prestar serveis d'una manera més acurada i adaptada a les necessitats, circumstàncies i preferències de les persones i el seu entorn, alhora que contribueix a optimitzar la utilització dels llits d'hospitalització convencional.

Alguns exemples d'aquestes unitats són les de curta estada, les de subaguts i les de convallescència, i altres mantenen el pacient a l'entorn de la comunitat (domicili habitual que inclou l'àmbit residencial), com són l'hospitalització a domicili, els hospitals de dia o les unitats de diagnòstic ràpid.

Objectius

- Optimitzar la gestió de llits dels hospitals, per tal d'incrementar l'oferta de disponibilitat de llits als SUH.
- Assegurar l'adequació dels ingressos.
- Disminuir la saturació dels SUH causada per la manca de llit d'hospitalització.
- Promoure el desenvolupament dels dispositius alternatius a l'hospitalització i adaptar l'assistència sanitària a les necessitats, circumstàncies i preferències de les persones.

Descripció

- Planificar anualment les necessitats estructurals de llits, tenint en compte les èpoques amb més pressió d'urgències.
- Centralitzar la gestió dels llits hospitalaris, de manera que els llits siguin gestionats amb visió global, i aplicar criteris d'adequació de l'estada hospitalària.
- Millorar la distribució i gestió de les altes en relació amb els ingressos, sobretot en divendres i caps de setmana, festius i altes abans de les 12 del migdia.
- Acordar un **temps màxim d'estada al SUH de < 24 h** per a aquells pacients que ingresen:
 - S'ha de comptar el temps des del moment en què es fa l'admissió a urgències fins al moment en què es registra una primera acció a la sala d'hospitalització.

- L'objectiu final és que el **100% de pacients registrin una estada < 24 h en 4 anys**.
- L'objectiu per al **proper any és una reducció del 10%** de pacients que registren una estada > 24 h.
- S'ha de **revisar** anualment i **actualitzar a la baixa** el temps màxim per SUH.
- S'ha de registrar els temps al **CMBD d'urgències**, per disposar de la dada de manera automàtica.
- S'han d'implementar **indicadors de qualitat** a les altes procedents d'urgències, com a instrument per afavorir el compliment de les estades màximes als SUH.
- Cal potenciar les alternatives a l'hospitalització convencional, per tal de garantir un servei més adequat a la ciutadania.

Acció 15

Extensió d'alternatives a l'hospitalització convencional: adaptació a les necessitats de la ciutadania

Les alternatives a l'hospitalització convencional permeten adaptar els serveis assistencials a les necessitats, circumstàncies i preferències de les persones i contribueixen a millorar la qualitat de l'atenció prestada i l'optimització de l'ús dels recursos hospitalaris. En aquest sentit, en els darrers anys s'han desplegat diverses alternatives, que es descriuen a continuació:

- Unitats de curta estada d'urgències (UCEU). Són unitats d'internament, amb una estructura similar a les unitats d'hospitalització convencional, que permeten el mateix grau de confort per als pacients i familiars. Aquestes unitats constitueixen el recurs idoni per a pacients ja diagnosticats amb patologia aguda que requereixen tractaments no complexos o per a pacients amb agudització de patologies cròniques. A la vegada, hi ha unitats de curta estada pediàtrica, quirúrgiques i de salut mental. Les estades estimades en aquestes unitats no haurien de superar les 96 hores (actualment les estades mitjanes són de 72 hores).
- Unitats d'hospitalització a domicili (UHD). Són recursos que comprenen la dispensació de cures hospitalàries al domicili del pacient, que ha de reunir una sèrie de requisits (respecte a ell mateix i al seu entorn) per ser tributari d'aquest tipus d'ingrés. Disposen d'una dotació variable de metges i infermers, que depenen de dispositius hospitalaris. Les UHD es poden activar des dels SUH, com a alternatives a l'hospitalització convencional, des de les unitats d'hospitalització, per tal d'evitar estades hospitalàries innecessàries, o des de l'entorn de l'atenció primària. Un dels principals avantatges de l'hospitalització a domicili (HAD) és la possibilitat de rebre serveis sanitaris d'intensitat hospitalària en l'entorn habitual del pacient. Els serveis d'HAD són més habituals en entorns urbans i dependents de grans hospitals. Actualment, a Catalunya existeixen més de 20 unitats d'HAD, les quals han sorgit d'iniciatives dels hospitals i són models molt heterogenis. Algunes funcionen tot l'any, altres només en èpoques de més activitat assistencial. Algunes depenen de serveis altament especialitzats. El percentatge d'altres que es fan al domicili, respecte al total, és de l'1,9%, i tenen un important potencial de creixement.
- Unitats de subaguts. Són unitats normalment ubicades en dispositius sociosanitaris, on ingressen pacients amb requeriments diagnòstics, de tractament i de cures de menys intensitat que els dels hospitals d'aguts. És el dispositiu d'internament idoni per a pacients amb patologia crònica i tractaments simples i/o pacients que es beneficien especialment d'un maneig integral (fragilitat, pacients d'edat avançada, pacients amb necessitats pal·liatives).
- Hospitals de dia. Els hospitals de dia són unitats estructurals que permeten realitzar diagnòstic, tractament i observació del pacient durant el seu horari de funcionament (habitualment són 12 hores, com a màxim). Històricament s'han situat als hospitals i molts d'ells s'han desenvolupat a l'entorn d'especialitats concretes (oncologia, hematologia, reumatologia, endocrinologia, neurologia, digestiu). Aquest fet ha comportat que en hospitals grans, convisquin diferents hospitals de dia, amb estructura i personal propi. Habitualment, s'han centrat més en l'activitat terapèutica, tot i que el fet de disposar d'accés ràpid a professionals amb un alt grau d'expertesa en pacients amb patologies

concretes ha permès que la majoria evolucionessin cap a la resolució de demanda urgent especialitzada. Actualment, molts d'ells fan diagnòstics, tractament, observació i, eventualment, ingrés a llit hospitalari o a recurs alternatiu. Es tracta d'unitats altament efectives, en què la gestió dels professionals d'infermeria és cabdal. Avui dia s'estan desenvolupant iniciatives innovadores, en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària, de dispositius similars als hospitals de dia com ara els equips de suport integral a la cronicitat (ESIC). Aquests equips s'orienten a la prevenció de les aguditzacions de les patologies cròniques, amb l'objectiu d'evitar l'agudització de la patologia, que comporta consultes als dispositius d'urgències, i de preservar el control del pacient crònic en l'àmbit de la comunitat. Estan enfocats a l'abordatge precoç i al tractament preventiu de la descompensació clínica. Estan en contacte amb unitats d'hospitalització convencional, per derivar el pacient directament al llit d'hospitalització, sense passar pel dispositiu d'urgències hospitalari. Inicialment, tenen un horari de funcionament reduït (8-12 h) i una agenda amb poc espai per a visites espontànies.

Objectius

- Promoure el desenvolupament dels dispositius alternatius a l'hospitalització, per tal d'adaptar l'assistència sanitària a les necessitats, circumstàncies i preferències de les persones.
- Apoderar la ciutadania en l'autocura.

Descripció

- Avaluar la disponibilitat i grau d'optimització dels recursos alternatius a l'hospitalització convencional a cada centre i territori.
- Actualitzar la cartera de serveis de les diferents unitats d'hospitalització no convencional (UCEU, UHD, unitats de subaguts i hospitals de dia).
- Avaluar el nombre i la tipologia de pacients que es poden beneficiar de les diferents unitats d'hospitalització no convencional.
- Dimensionar els diferents dispositius d'hospitalització no convencional existents i projectar els necessaris per cobrir les necessitats actuals i futures, tenint en compte les necessitats de professionals i de recursos materials.
- Analitzar els diferents models d'HAD del territori; definir i implementar un únic model, adaptat al territori, dependent de l'hospital però amb vocació clarament comunitària, capaç de donar resposta a les necessitats generades des de l'atenció primària, des de l'hospitalització convencional, des dels SUH i des dels centres sociosanitaris. Aquestes unitats han de vetllar per mantenir el continuïtat assistencial dels pacients, tant amb l'atenció primària, com amb l'especialitzada i els sociosanitaris.
- Implementar nous ESIC en l'entorn urbà, avaluar el model i valorar estendre'l al territori, si els resultats així ho indiquen.
- Flexibilitzar els hospitals de dia i ESIC, per tal que puguin atendre visites espontànies, amb una franja horària més àmplia, en funció de les necessitats del territori.

Eix 5

Plans específics per a pacients amb necessitats específiques

Alguns grups de persones requereixen un enfocament i abordatge específic quan necessiten atenció immediata o urgent. Identificar aquests grups de població i dissenyar plans específics és un dels reptes estratègics del PLANUC. Els col·lectius que requereixen necessitats específiques es descriuen a continuació:

Població pediàtrica. Els pacients en edat pediàtrica requereixen un tractament concret i diferenciat de la població adulta, especialment en l'àmbit de les urgències, per donar resposta a les seves necessitats específiques. Com s'ha mostrat prèviament, el patró d'utilització dels recursos sanitaris d'urgències dels pacients menors de 5 anys és clarament diferenciat respecte al dels 5 anys o més. El patró de demanda que genera aquest grup poblacional requereix una aproximació particular i diferenciada. És necessari disposar d'un pla específic sobre atenció urgent pediàtrica que afavoreixi la integració territorial i, alhora, l'alta especialització dels centres de referència.

Persones amb malalties oncològiques. El càncer està augmentant la seva incidència i, gràcies als avenços del seu coneixement i les noves teràpies, la població que pateix aquesta malaltia està augmentant la seva supervivència. Això implica que la seva prevalença està augmentant de manera important en la nostra societat. Els pacients oncològics són cada cop més crònics i el seu maneig és cada cop més complex, tant pel que fa a les complicacions de les malalties, com als efectes secundaris dels nous tractaments. Alhora, aquestes persones desenvolupen una gran dependència dels professionals i els centres que els tracten. Tots aquest factors suggereixen la necessitat de traçar plans específics per a l'atenció urgent i continuada d'aquests pacients.

Persones d'edat avançada, amb criteris de fragilitat o amb síndromes geriàtriques, pacients crònics complexos (PCC), malalts crònics al final de la vida (MACA). Aquest grup heterogeni de pacients tenen necessitats d'assistència comunes, i la seva demanda d'atenció urgent s'hauria de dur a terme en un nivell d'atenció que sigui resolutiu, però que alhora desplegui la intensitat de recursos adequada i asseguri el mínim risc possible de presentar complicacions secundàries a la mateixa atenció. En aquest col·lectiu tan vulnerable és especialment important que la prestació de l'atenció sanitària urgent tingui molt present tant la qualitat del servei com la dignitat de les persones.

Persones institucionalitzades en residències. Aquestes persones solen tenir un perfil d'edat avançada i sovint poden quedar englobades en el grup anterior. L'entorn de les residències assistides és un entorn professionalitzat en cures bàsiques a pacients. Amb el suport adequat, aquest entorn hauria de poder fer-se càrrec *in situ* de la cura i el tractament d'un ampli ventall de situacions que poden necessitar atenció urgent. De la mateixa manera que en l'anterior grup, aquest col·lectiu és habitualment vulnerable. Per tant, és especialment important que la prestació de l'atenció sanitària urgent tingui molt present tant la qualitat del servei com la dignitat de les persones. És necessari dissenyar un pla específic que fomenti la coo-

peració entre els dispositius d'urgències, especialment de l'àmbit de l'atenció primària de la salut i el personal de l'entorn residencial.

Persones amb malalties mentals. Les persones amb malalties mentals requereixen, per una banda, un maneig en un entorn adaptat a les seves necessitats i a les particularitats del procés assistencial, però alhora integrat dins del sistema. En molts territoris, l'atenció d'aquestes persones compta amb circuits paral·lels i totalment desvinculats dels dispositius d'urgències. Per tal de lluitar contra l'estigma i pel fet que aquestes persones poden requerir alhora serveis d'especialistes de salut mental i d'altres especialitats, és necessari disposar d'àrees específiques d'atenció, que estiguin integrades als dispositius d'atenció urgent.

Acció 16

Pla específic d'atenció a la població d'edat pediàtrica

L'atenció urgent o immediata en edat pediàtrica es pot atendre als CAP, als CUAP, als serveis d'urgències d'hospitals generals i als serveis d'urgències monogràfics de pediatria, així com al o61 CatSalut Respon.

A l'atenció primària, durant els períodes de més demanda d'atenció urgent (epidèmies virals: grip, bronquiolitis, etc.), per tal de donar una resposta adequada a les necessitats d'aquesta població, es prioritzen les visites espontànies i s'assegura l'atenció urgent en aquest nivell d'atenció.

Pel que fa a l'atenció urgent hospitalària, Catalunya disposa de dos grans centres altament especialitzats (Sant Joan de Déu i Vall d'Hebron), alhora que diversos centres de referència territorial i centres amb cartera de serveis bàsica. La demanda d'atenció urgent en la població pediàtrica incrementa molt els caps de setmana i, durant la setmana, es concentra en dos pics horaris, les 11 h del matí i, especialment, les 19 h. Aquest patró d'ús es deu probablement al fet que els pacients han d'anar acompanyats al metge amb els seus progenitors, fora de la jornada laboral. També s'observa que aquesta franja de població és la que fa un ús menys adequat dels serveis d'urgències hospitalaris, ja que es registren fins a un 75% de visites com a no urgents o sense risc vital i, per tant, són susceptibles de ser ateses en un dispositiu de l'atenció primària de la salut.

La informació i l'educació sanitària poden mitigar una part d'aquest patró d'ús. El o61 CatSalut Respon esdevé una eina d'interès a potenciar en aquest col·lectiu particular.

Els llits de crítics pediàtrics són un recurs que precisa alta especialització. Tal i com succeeix amb tots els processos poc freqüents, el volum de casuística atesa en una unitat de crítics pediàtrics acabarà determinant la qualitat de l'atenció prestada. Aquests llits tenen un índex d'ocupació altament variable durant l'any. És per aquests dos motius pel que es prioritza el treball en xarxa dels dispositius de crítics, davant de la creació de nova estructura. Clarament, el més important és que el sistema assegurí el recurs quan calgui, amb un temps de resposta adequat i segur. Tot i que existeix una sectorització de l'atenció altament especialitzada pediàtrica, incloent-hi la cirurgia pediàtrica, és necessari fer-ne una revisió i actualització.

Un altre aspecte que cal tenir en compte és la manca de suficients professionals especialistes en pediatria al territori per tal de dur a terme l'atenció a la població pediàtrica segons el model que hi ha plantejat. Mentrestant, és convenient suplir-ho amb la formació d'altres professionals, així com desenvolupant models organitzatius de suport, que reforcin l'equitat territorial.

Objectius

- Plantejar noves formes de prestació d'atenció a la urgència, adaptades al patró de la demanda i les necessitats de la població pediàtrica.
- Informar i realitzar accions d'educació sanitària a la població, per apoderar-la en les decisions i l'autocura.
- Assegurar l'equitat en l'atenció pediàtrica a tots els territoris de Catalunya.
- Assegurar l'accessibilitat a tota la cartera de serveis.
- Fomentar el treball en xarxa

Descripció

Realitzar un pla específic d'organització territorial per a l'atenció pediàtrica que inclogui:

- L'elaboració d'un protocol d'actuació territorial per a l'atenció a la població pediàtrica que fomenti el treball en xarxa entre els diferents dispositius.
- La definició de la cartera de serveis dels dispositius.
- La descripció dels recursos de cada territori.
- La potenciació del treball en xarxa per als llits de crítics pediàtrics, seguint l'experiència desenvolupada en la xarxa de bronquiolitis.
- Sectorització per a l'emergència pediàtrica i per a l'atenció a les patologies més complexes (quirúrgica o mèdica).
- L'obertura d'una línia específica de consulta pediàtrica al 061 CatSalut Respon, per part d'especialistes en pediatria en actiu, que inicialment faci atenció telefònica, amb seguiment proactiu del cas, i avanci a models de consulta telemàtica.
- La consultoria especialitzada no presencial entre professionals, a través del 061 CatSalut Respon/SEM, les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any, que han de fer els equips del SEM pediàtric (SVAm-P) i/o els consultors pediàtrics de guàrdia.

Acció 17

Pla específic d'atenció a les persones amb malalties oncològiques

Els pacients amb malalties oncològiques poden presentar urgències mèdiques específiques que requereixen una atenció i intervenció ràpida. Les més freqüents són la neutropènia febril, les hemorràgies, el dolor no controlat, la síndrome de vena cava superior i la compressió medul·lar. Aquestes situacions requereixen atenció ràpida i específica, en el marc de les urgències hospitalàries. Algunes d'elles es poden manejar en tots els SUH, però d'altres, com la compressió medul·lar i la síndrome de vena cava superior, necessiten ser tractades en centres que disposin de serveis de radiologia intervencionista i/o radioteràpia.

A més d'aquestes condicions, hi ha tota una sèrie de situacions clíniques derivades de l'evolució de la pròpia malaltia o bé conseqüència dels tractaments administrats, que requereixen atenció continuada, que no necessàriament s'ha de dur a terme en serveis d'urgències hospitalaris.

A l'hora de plantejar una aproximació idònia als serveis d'atenció continuada, és necessari tenir present aspectes com que en la majoria de casos es tracta de pacients amb malalties cròniques que solen requerir un alt volum de consultes, proves i tractaments, per la qual cosa acaben necessitant una alta utilització dels serveis sanitaris, alhora que generen una dependència dels seus equips assistencials. La intensitat i l'adequació de les intervencions és especialment important en aquest grup de pacients, atès que molts són pacients crònics complexos (PCC) o amb malalties cròniques avançades (MACA) o al final de la vida.

Objectius

- Oferir a les persones que pateixen una malaltia oncològica una atenció adaptada a les seves necessitats.
- Assegurar la prestació de serveis en el recurs més adequat a les necessitats d'aquest col·lectiu.
- Incrementar l'índex de satisfacció i la resolució de l'atenció immediata en les persones amb malalties oncològiques

Descripció

El pla preveu diferents aproximacions:

- Establir unitats d'atenció continuada oncològica (UACO) als centres hospitalaris que tractin més de 1.500 pacients nous cada any i assegurar una cobertura arreu del territori català.
- Assegurar l'accessibilitat als tractaments de radioteràpia externa i/o radiologia intervencionista a tots els pacients oncològics amb compressió medul·lar i síndrome de vena cava superior, determinar els centres que ofereixen aquesta cartera de serveis i delimitar els territoris als quals donen servei.
- Disposar de capacitat d'accés del pacient amb el seu equip habitual per a consultes espontànies, fomentar el treball en equip entre professionals i potenciar la figura del gestor de casos.
- Apoderar el pacient per a la presa de decisions informada i l'autocura.

- Consensuar amb les societats científiques el grau d'intensitat d'intervenció diagnòstica i terapèutica dels pacients oncològics.
- Fomentar la implementació del Pla d'intervenció individualitzat i compartit (PIIC) en els pacients oncològics, que permeti l'adequació de les actuacions des de qualsevol dispositiu del sistema d'atenció a les urgències, incloent-hi el SEM.

Característiques de les unitats d'atenció continuada oncològica (UACO)

- Estar disponibles tots els dies de l'any, un mínim de 12 hores diàries.
- Tenir accés a la història clínica del pacient i a la medicació que rep.
- Tenir capacitat per diagnosticar, tractar i fer observació dels pacients durant unes hores.
- Tenir les competències per indicar ingressos d'hospitalització convencional o alternativa.
- Tenir capacitat per programar visites per al pacient i resoldre aspectes administratius.
- Disposar d'accés no presencial (telèfon, correu electrònic) per atendre consultes de pacients.
- Estar estretament coordinades amb els equips dels hospitals i els equips de primària (EAP, ATDOM, PADES) responsables de l'atenció del pacient al territori.
- Establir una dinàmica de treball en xarxa per consensuar protocols d'actuació, ordenar el flux dels pacients i resoldre les dinàmiques pròpies que es generin.

Acció 18

Pla específic per a l'atenció urgent a les persones amb consideració de PCC, MACA i amb perfils susceptibles de presentar síndromes geriàtrics

L'estratègia nacional d'atenció integrada a la cronicitat, desenvolupada en el marc del Pla de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i el Pla interdepartamental d'atenció i integració social i sanitària (PIAISS), té la missió de crear un nou model d'atenció integrada social i sanitària per a tots els ciutadans de Catalunya, capaç de respondre al repte que representa la cronicitat, la complexitat i la dependència, i de potenciar la promoció de la salut i la prevenció dels factors de risc i de les malalties cròniques de més impacte, a l'hora de saber desplegar un model d'atenció des de les fases més incipients fins als estadis de més complexitat.

Aquest model d'atenció ha de tenir en compte les particularitats de l'atenció continuada i urgent dels pacients crònics complexos (PCC), amb malalties cròniques avançades (MACA) i qualsevol persona susceptible de presentar síndromes geriàtrics.

Aquesta atenció s'ha de regir pels principis del foment de l'autoresponsabilització i l'autocura, la informació, la presa de decisions compartida i l'atenció centrada en la persona. S'ha de realitzar en l'àmbit més adequat per a la persona i per part del professional que hi pugui donar millor resposta. Ha de ser efectiva, alhora que eficient, i ha de vetllar per la continuïtat assistencial.

Quan aquest grup de pacients té necessitats d'atenció immediata o urgent, ha de ser atès d'acord amb les seves necessitats en aquell dispositiu on es minimitzen els riscos propis de l'atenció urgent, per evitar esperes i estades innecessàries als dispositius. Un dels objectius fonamentals de l'atenció a aquest grup de pacients és tractar-los, sempre que sigui possible, a l'entorn de la comunitat (atenció domiciliària, dispositius d'atenció primària).

Objectius

- Oferir als pacients amb consideració de PCC, MACA i amb perfils susceptibles de presentar síndromes geriàtrics una atenció adaptada a les seves necessitats.
- Atendre aquest col·lectiu de població seguint les directrius del PPAC pel que fa a l'atenció immediata, especialment seguir les indicacions del PIIC.

Descripció

- Potenciar l'atenció primària per indicar ingressos al domicili per part de les unitats d'HAD o als dispositius d'hospitalització intermèdia (sociosanitaris), seguint uns criteris de prioritització pactats amb a l'atenció especialitzada.
- Augmentar la resolució dels centres sociosanitaris i la flexibilitat horària per acceptar ingressos.
- Crear nous dispositius de prevenció de les aguditzacions dels pacients crònics, com ara els equips de suport integral a la cronicitat (ESIC), que fomentin l'atenció d'aquestes persones en l'entorn comunitari, evitin descompensacions i ingressos hospitalaris.
- Incrementar el percentatge d'elaboració dels PIIC als pacients PCC, MACA i als pacients amb síndromes geriàtrics.

- Millorar el nivell de seguiment de les recomanacions del PIIC per part dels professionals dels SUH i del SEM.
- Crear unitats de fragilitat als SUH per millorar la qualitat i l'adequació de l'atenció als pacients més vulnerables i disminuir la seva estada a urgències. Avaluat-ne el resultat i valorar la seva extensió territorial.

Característiques de les unitats de fragilitat

- Enfocades a l'atenció a les persones amb malalties cròniques, fases de malaltia oncològica, dependència, demència, necessitats pal·liatives, fases finals de la vida, i amb altres malalties d'especial vulnerabilitat.
- Garanteixen l'atenció multidisciplinària i integral, amb un elevat grau de coordinació entre els diferents actors que hi participen
- S'estableixen protocols i circuits d'actuació, així com trajectòries assistencials possibles després de l'alta, per adaptar-se a les necessitats d'aquesta població.
- S'habilita una zona adaptada a les necessitats dels pacients, en termes de seguretat, confort sensorial i prevenció de caigudes, ansietat, estrès i agitació de pacients fràgils.
- Formació i capacitat dels professionals per a l'atenció a la fragilitat.

Acció 19

Pla específic d'atenció a les persones institucionalitzades en residències geriàtriques

Les persones que estan institucionalitzades en residències geriàtriques constitueixen un col·lectiu majoritàriament caracteritzat per tenir una edat avançada i un alt percentatge de fragilitat, dependència, pacients crònics complexos (PCC) i malalts crònics avançats (MACA). El model d'atenció a la salut de les persones institucionalitzades es defineix en el marc del Pla de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) i el Pla interdepartamental d'atenció i integració social i sanitària (PIAISS). Per a la validació i implementació efectiva del model d'atenció integrada a les residències de Catalunya cal assolir diverses fites. Entre aquestes, cal revisar el marc normatiu d'atenció sanitària a les residències, definir la formació reglada que han de tenir els professionals de les residències, definir el marc avaluator de l'atenció residencial, reordenar l'atenció sanitària a les residències respecte a l'atenció primària de salut, l'atenció residencial i l'atenció intermèdia o sociosanitària, revisar el model acreditatiu residencial i ordenar el model de prestació farmacèutica.

Objectius

- Complir les directrius establertes del PPAC i el PIAISS a l'entorn de les residències geriàtriques, per assegurar l'atenció continuada de les persones de l'entorn residencial.
- Exercir l'atenció urgent d'aquestes persones en el millor entorn possible, en base al PIIC, i fomentar un model d'atenció centrada en la persona.

Descripció

- Fomentar l'atenció a domicili i l'hospitalització a domicili, en cas que es necessiti, per tal de prestar el servei més adequat a aquestes persones.
- Revisar i redefinir *case mix* de pacients ingressats a sociosanitaris i residències.
- Assegurar que els professionals de les residències tenen una formació adequada i estan presents en les ràtios recomanades.
- Aconseguir que totes les persones que estan institucionalitzades en residències tinguin el PIIC, com també aquelles persones que estan en llista d'espera per accedir-hi.
- Crear un registre sistemàtic de les derivacions dels pacients de les residències als centres d'urgències de l'atenció primària (CUAP) i serveis d'urgències hospitalaris (SUH), amb els motius de consulta, els nivells de triatge i les destinacions finals.
- Realitzar les derivacions als CUAP i al SUH a través del o61 CatSalut Respon, que ha de ser qui indica l'activació d'un recurs mòbil, sempre amb la valoració prèvia *in situ* d'un facultatiu.

Acció 20

Pla específic d'atenció a les persones amb problemes de salut mental i addiccions

A Catalunya, el Pla director de salut mental i addiccions reconeix l'atenció continuada i urgent com un dels seus elements cabdals. Les persones amb trastorns mentals i addiccions requereixen una atenció urgent especialitzada en un context que permeti una atenció de qualitat i en condicions de seguretat. En aquest sentit, és important definir els circuits i fluxos d'atenció a les urgències en els diferents territoris, tant per a la població adulta com per la infantil, per tal d'assegurar l'equitat territorial dels serveis i la continuïtat entre els diferents nivells assistencials. A més, s'han de reforçar serveis com l'atenció domiciliària i la consultoria especialitzada per a les persones amb trastorns mentals i addiccions. Per assolir aquest model, cal que els professionals implementin els protocols d'actuació homogenis.

Objectius

- Oferir a les persones amb problemes de salut mental una atenció adaptada a les seves necessitats.
- Millorar l'adequació de l'atenció urgent a les persones amb trastorns mentals i addiccions en els diferents dispositius i nivells d'atenció del sistema sanitari, segons la gravetat i la complexitat, tot garantint una avaluació integral de la persona i la continuïtat de l'atenció entre els serveis hospitalaris i comunitaris.

Descripció

- Atendre els pacients sense símptomes de risc en els dispositius habituals d'atenció primària o centres de salut mental.
- Assegurar que els pacients que consulten per problemes somàtics i mentals alhora són visitats per metges d'urgències del SUH abans de fer l'avaluació psiquiàtrica, també en el cas de la població pediàtrica.
- Atendre els pacients amb problemes somàtics, en primera instància, per part dels serveis d'urgències generals, i un cop estabilitzada la situació física, realitzar l'avaluació psiquiàtrica.
- Garantir l'atenció domiciliària als pacients amb problemes de salut mental i addiccions, en el marc del desplegament del model d'atenció comunitària.
- Aplicar el Protocol d'actuació per a l'atenció a les urgències, els trasllats i els ingressos involuntaris urgents de persones amb malaltia mental.
- Disposar, en el marc dels serveis d'urgències hospitalaris que disposin de servei de psiquiatria, d'un box específic degudament habilitat, i amb els professionals formats per prestar aquesta atenció. L'observació d'aquests pacients en els serveis d'urgències es pot perllongar fins a 72 hores.
- Establir, en els hospitals que no disposin de servei de psiquiatria, els mecanismes d'interconsulta que garanteixin atenció les 24 hores, així com protocols assistencials i criteris de derivació al servei de psiquiatria d'aguts de referència pel territori, o al CSMA o CSMIJ del sector.

- Aplicar el protocol Risc suïcidi en pacients amb risc vital, per garantir el seu correcte abordatge.
- Implementar actuacions de consultoria no presencial entre els professionals de l'àmbit de la salut mental i els de l'atenció primària
- Obrir una línia de consultoria urgent especialitzada al 061 CatSalut Respon, amb psiquiatre/psicòleg les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any.

Eix 6

L'atenció urgent i l'atenció integrada social i sanitària

El Programa interdepartamental d'atenció integrada social i sanitària (PIAISS) fa una aposta ferma i determinant cap a la integració de l'atenció social i sanitària. Aquesta nova visió comporta una reorientació dels serveis que es presten en tots els dispositius, incloent els dispositius d'urgències.

D'altra banda, els canvis sociodemogràfics, caracteritzats per l'envelliment de la població, i els condicionants socioeconòmics, dos dels factors que més afecten la salut de les persones, s'acompanyen d'una problemàtica social amb necessitats creixents de detecció i alhora d'intervenció per assegurar la millora dels resultats en salut.

La detecció i la intervenció sobre la problemàtica social és un repte per a tots els dispositius sanitaris i alhora l'actuació coordinada amb els serveis socials és un pas intermedi fins al desenvolupament d'un nou model d'atenció integrada social i sanitària.

Això s'ha de traduir en una adaptació progressiva a aquesta realitat per part de tots els dispositius que presten atenció urgent, per tal de preparar-los per ser un dels elements catalitzadors de la integració social i sanitària.

L'abordatge de la problemàtica social durant la prestació d'atenció urgent s'ha de plantejar de manera que es realitzin intervencions efectives, que no alenteixin el procés assistencial i que alhora permetin assegurar els resultats, atès que la no intervenció en la problemàtica social pot posar en risc els resultats de la intervenció sanitària urgent.

Una altra qüestió que es relaciona amb la problemàtica social i la problemàtica de la saturació dels dispositius d'urgències, sobretot dels serveis d'urgències hospitalaris, és la dificultat de donar sortida dels pacients amb problemàtica social, tant des dels serveis d'urgències hospitalaris com des dels dispositius d'hospitalització convencional.

La intervenció de professionals experts des dels dispositius sanitaris, treballadors socials, infermeria d'enllaç, metges especialment formats, i la resposta dels serveis socials i socio-sanitaris són determinants a l'hora d'evitar la saturació dels dispositius sanitaris per a persones amb problemes socials, i alhora assegurar un adequat abordatge de la problemàtica social.

En el decurs de les darreres dècades, Catalunya ha rebut un nombre important de persones de diferents cultures. Aquesta circumstància ha suposat un repte per als serveis públics en general i per als de salut en particular, preocupats per la capacitat del sistema per satisfer les noves necessitats i demandes d'assistència. Actualment, a Catalunya viuen 1.028.069 persones estrangeres sobre els 7.535.251 de la població total, la qual cosa suposa un 13,7% de la població. D'altra banda, a la Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb l'atenció sanitària es recull el dret al respecte a les diferències culturals i alhora el dret a l'equitat en l'atenció sanitària. Per aquesta raó, la mediació intercultural en els dispositius d'Urgències és una necessitat actual i probablement de futur.

Acció 21

Abordatge de la problemàtica social als dispositius d'urgències

Els dispositius d'urgències, tant hospitalaris, d'atenció primària de la salut i d'emergències, han d'estar preparats per a l'abordatge de la problemàtica social, tant pel que fa a la detecció, la integració del treball social i l'activació dels recursos socials, quan escaigui. La definició de la cartera de serveis per a l'abordatge de les necessitats socials als dispositius d'atenció continuada i urgent s'ha de consensuar amb el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, en el marc del PLAISS.

Objectius

- Promoure un model d'atenció centrat en la persona.
- Oferir a la ciutadania una atenció adaptada a les seves necessitats.
- Assegurar l'abordatge de la problemàtica social en els dispositius d'atenció urgent.

Descripció

Integrar en la cartera de serveis d'urgències i atenció continuada la perspectiva i l'abordatge de les necessitats socials del ciutadà.

Cartera de serveis per a l'abordatge de les necessitats socials dels serveis d'urgències

- Detecció de la problemàtica social. Els professionals sanitaris dels dispositius d'urgències han d'estar preparats i disposar d'instruments àgils per detectar proactivament i precoçment les necessitats socials dels ciutadans atesos als serveis d'urgències.
- Coneixement dels recursos socials del territori. Tots els professionals sanitaris han de conèixer els recursos socials per tal de tenir-los en consideració alhora de proposar intervencions sobre les necessitats socials.
- Integració del treball social als dispositius d'urgències. Els treballadors socials han de poder participar en la prestació d'atenció urgent i aportar solucions en el context de l'atenció urgent, amb mesures eficaces i sense que això perllongui el temps d'estada als dispositius. L'actuació presencial o la consultoria no presencial les 24 hores del dia ha d'estar disponible per a tots els dispositius d'urgències.
- Protocols consensuats d'intervenció integrada social i sanitària. Gran part de les intervencions poden ser protocol·litzades sense que la intervenció del treballador social es faci imprescindible en cada cas.
- Capacitat d'activació dels recursos, sobretot els casos d'emergència social i de necessitat d'atenció domiciliària social.
- Integració de la història social i història clínica.

Acció 22

Mediació intercultural a l'atenció urgent

Arran dels moviments immigratoris experimentats a Catalunya els darrers anys, una de les necessitats detectades en els dispositius d'urgències és la de donar una resposta assistencial adaptada a persones de diferents cultures. La utilització dels serveis de mediació intercultural en l'àmbit dels dispositius d'urgències contribueix a l'equitat en l'atenció.

Objectius

- Assegurar l'equitat en l'atenció a les persones.
- Oferir una resposta adaptada a les necessitats de persones de diferents cultures.

Descripció

- Facilitar l'accés als dispositius d'urgències dels serveis de mediació interculturals adaptant el servei a les necessitats geogràfiques:
 - En àrees amb concentració de població de diferents cultures, i incorporar-ho a la pràctica quotidiana en cas de necessitat on s'establiria una xarxa de mediadors.
 - En altres zones, oferir la mediació no presencial.

Eix 7

Organització territorial i coordinació de dispositius i recursos

Per assolir els millors resultats possibles, en termes d'eficàcia i eficiència, en l'atenció urgent i continuada de la ciutadania és imprescindible la coordinació efectiva de tots els dispositius i recursos (humans, estructurals i econòmics) a cada territori.

El Departament de Salut (DS) és el responsable de la planificació sanitària segons les necessitats generals i dels territoris. El Servei Català de la Salut (CatSalut), ens instrumental públic del DS, entre d'altres és responsable de la distribució, el desplegament i la coordinació de recursos per fer front a aquestes necessitats i garantir l'accés universal, equitatiu i de qualitat als serveis sanitaris a tota la ciutadania.

El CatSalut s'articula en una organització central, on es prenen decisions que afecten el conjunt del territori, i una organització per regions sanitàries que tenen, entre d'altres atribucions, l'adaptació, la coordinació i el desplegament d'aquestes decisions a les particularitats i necessitats de cada territori.

En la seva transició cap a Sistema Nacional de Salut, el CatSalut s'està dotant de comissions clíniques i comitès operatius territorials, constituïdes per professionals sanitaris, que colideren i es corresponsabilitzen del bon funcionament del sistema sanitari.

Els comitès operatius territorials d'urgències i emergències (COUE) existeixen en una part del territori, però el seu rol, grau de proactivitat, participació i representativitat és molt variable. En els territoris on han estat capaços de coordinar els professionals i dispositius implicats en l'atenció urgent i continuada, s'ha posat en relleu que constitueixen un element clau per a la consecució de resultats, en termes de qualitat i eficiència.

Ahora, és necessari posar de manifest que, en la gestió dels serveis d'atenció urgent, no existeixen solucions úniques sinó que són diferents a cada territori, depenent de les necessitats de la població, dels recursos preexistents i de la configuració geogràfica, entre altres factors. Per aquest motiu, es fa palesa la conveniència de dotar-se d'organitzacions i òrgans de gestió territorials propis, que disposin d'informació clara i completa del funcionament de l'atenció urgent i continuada en el territori, que els permeti identificar els àmbits deficitaris, dimensionar els recursos necessaris per fer front a les mancances, visualitzar i implementar accions de millora i retre comptes dels resultats, en termes de qualitat, accessibilitat i equitat als serveis sanitaris.

En aquesta organització territorial és clau la participació de professionals de tots els dispositius que presten atenció sanitària urgent i continuada, així com els prestadors de serveis socials i sociosanitaris que, tal com ja hem esmentat, són essencials des de la visió d'atenció integral al ciutadà.

Acció 23

Comitès operatius d'urgències i emergències: òrgans d'ordenació, integració i gestió dels serveis d'urgències al territori

Els Comitès operatius d'urgències i emergències (COUE) territorials s'han de configurar com a veritables òrgans de coordinació territorial de les urgències, les emergències i l'atenció continuada.

Actualment, les funcions dels COUE territorials es circumscriuen principalment en l'àmbit de la valoració de solucions ad hoc durant els pics estacionals d'increment d'activitat. En els COUE constituïts i funcionals, els integrants exerceixen iniciatives de millora de resposta envers el ciutadà amb voluntarietat, en els àmbits que consideren prioritaris i amb els recursos estructurals i addicionals que el CatSalut posa a l'abast dels diferents dispositius per a l'atenció urgent i continuada.

Els COUE estan constituïts en alguns territoris des de fa uns anys. Els seus objectius, funcions, composició, activitat i capacitat operativa són molt heterogenis.

Des del convenciment que aquestes comissions han de ser l'òrgan necessari per assolir la coordinació de tots els professionals i dispositius per a la millor atenció urgent i continuada als ciutadans de cada territori, és necessari definir i adscriure'ls unes funcions clares. Ahora, es fa necessari estendre el model de COUE a tot el territori, de manera homogènia, per tal de garantir les mateixes oportunitats organitzatives territorials arreu.

Objectius

- Potenciar la participació i corresponsabilitat dels professionals sanitaris en la planificació territorial.
- Promoure el treball en xarxa i la continuïtat de l'atenció.
- Garantir l'equitat, l'accés i la qualitat de l'atenció urgent i continuada.

Descripció

- Constituir els COUE com a òrgans de coresponsabilitat, amb un paper clau en l'ordenació, la coordinació de dispositius, en la gestió dels recursos en relació amb la demanda, en la definició dels punts crítics del procés d'atenció urgent i continuat i en el desplegament del Pla nacional d'urgències de Catalunya als territoris.

Els COUE tenen com a objectiu planificar i implementar accions i estratègies, en línia amb les directrius del CatSalut, del Departament de Salut i del Pla director d'urgències de Catalunya, encaminades a aconseguir una assistència excel·lent i integrada dels usuaris a les urgències del seu territori, alhora que a avaluar i retre compte dels resultats.

- Desplegar els COUE arreu del territori integrant professionals assistencials i de l'àmbit de la gestió sanitària que representin la totalitat dels serveis que tenen un paper en l'atenció urgent i continuada: atenció primària i comunitària, hospitals d'aguts, SEM, centres sociosanitaris, residències.

Funcions dels comitès d'operatius d'urgències i emergències

1. Elaborar un Pla d'urgències territorial únic i consensuat amb els diferents dispositius d'atenció urgent i continuada del territori.
2. Conèixer la situació de l'atenció urgent i continuada del territori, fer un diagnòstic de la situació i identificar punts crítics i àmbits de millora, i plantejar i dimensionar solucions eficients, adaptades a la realitat del territori.
3. Fomentar la coordinació i el treball en xarxa dels diferents dispositius i/o proveïdors amb la finalitat de donar una atenció de qualitat, accessible, equitativa i eficient a la ciutadania.
4. Implementar el Pla d'urgències de Catalunya al territori, i fer-ne el seguiment i l'avaluació sistemàtica.
5. Operativitzar al territori les accions que plantegin en l'àmbit de l'atenció urgent i continuada, en el marc del Pla director d'urgències, el CatSalut i el Departament de Salut, com ara els codis d'emergències, els reordenaments, les instruccions i els simulacres.
6. Vetllar perquè es compleixi la cartera de serveis dels diferents dispositius d'urgències i d'atenció continuada del territori.
7. Auditar la qualitat dels serveis prestats al territori, en l'àmbit de l'atenció urgent i continuada.
8. Mantenir actualitzada la informació en el sistema sobre el cens de punts assistencials, estructura, cartera de serveis, horaris, disponibilitat/descobertura de professionals sanitaris, incidències o disfuncions del territori.
9. Gestionar i resoldre, de forma immediata, les situacions de conflicte que es puguin presentar en l'àmbit de les urgències del seu territori.

Acció 24

Pla d'urgències i atenció continuada territorial: instrument de gestió, integrador i operatiu

Fins ara el CatSalut ha coordinat amb els proveïdors sanitaris l'elaboració de plans de contingència assistencials per fer-hi front a les temporades de més activitat d'urgències i atenció continuada (entre d'altres epidèmies de grip i bronquiolitis, increment de població en època estival) o per incidents inesperats que puguin generar un increment de demanda (catàstrofes, accidents naturals del temps). Aquests plans recullen per cada centre i de manera heterogènia, els canvis organitzatius i els recursos addicionals que cada dispositiu posa a disposició per fer-hi front.

Atesa la necessitat de donar una resposta a la demanda d'atenció urgent i continuada, de qualitat, adequada, equitativa, sostenible i coordinada entre els diferents dispositius d'un territori, es fa palesa la necessitat de disposar de plans únics territorials consensuats entre els professionals d'atenció urgent i continuada.

Impulsats pel CatSalut, els COUE han d'elaborar els plans territorials i, a més, han de disposar d'informació acurada sobre la realitat de l'atenció urgent i continuada al seu territori. L'ús i l'anàlisi d'aquesta informació ha de permetre fer un diagnòstic de la situació, així com planificar les accions per tal de donar la millor resposta possible a la demanda urgent territorial.

El concepte d'informació global o de sistema ha de passar necessàriament de ser un sumatori d'informacions de dispositius individuals a ésser informació sobre la coordinació i atenció integrada dels diferents serveis implicats que configuren quadres de comandament *ad hoc*. Els quadres de comandament han de ser una eina útil tant per gestionar i donar respostes a necessitats específiques, com per fer un seguiment i avaluació del Pla territorial d'urgències i emergències territorial i retre'n comptes a la ciutadania.

Objectiu

- Garantir l'equitat i l'accés a l'atenció urgent i continuada.
- Donar una resposta de qualitat i resolutiva.
- Potenciar la participació i corresponsabilització dels professionals sanitaris en la planificació territorial.

Descripció

- Elaborar per part del COUE d'un pla d'urgències i atenció continuada territorial a cada sector sanitari, consensuat entre els diferents serveis que intervenen en l'atenció.
- Definir, dissenyar, validar i sistematitzar els indicadors que han de formar part del quadre de comandament del COUE, en format de quadre de comandament.

Continguts mínims que ha de recollir el Pla d'urgències i atenció continuada territorial

- Pla de contingència per fer front a increments d'activitat previsibles (epidèmies, desplaçament de població flotant), amb diferents nivells d'intensitat
- Pla de prevenció de la saturació
- Pla d'atenció a les urgències de pacients amb especificitats:
 - persones institucionalitzades en residències
 - població pediàtrica
 - pacients oncològics
 - pacients fràgils o amb síndromes geriàtriques
 - pacients crònics complexos
 - malalts al final de la vida
 - pacients amb malalties mentals
- Pla operatiu de transport sanitari integral (urgent i no urgent).
- Articulació de la dotació de recursos humans per fer front a pics de demanda.
- Pla d'intervenció davant un incident amb múltiples víctimes (catàstrofe, accident) (a elaborar conjuntament amb el Departament d'Interior-Protecció Civil).
- Resultats que el COUE planteja aconseguir, i concretar el grau d'acompliment d'indicadors d'estructura, de procés, de resultat, de qualitat i de saturació que es vol assolir.
- Plans funcionals d'inversions que recullin les necessitats estructurals i la planificació de recursos econòmics.

Àmbits d'informació que ha d'integrar el quadre de comandament: ha d'incloure dades desagregades però també indicadors predissenyats i validats

- Activitat.
- Motius d'alta, derivacions i unitats de destí.
- Saturació dels serveis.
- Disponibilitat de recursos.
- Predicció de demanda.
- Adequació d'ingrés a llit convencional.
- Adequació d'atenció als dispositius d'urgències.

Eix 8

Sistemes d'informació

Per tal de poder adaptar les respostes del sistema sanitari a la demanda d'atenció urgent és necessari disposar de sistemes d'informació de qualitat que permetin conèixer la situació als diferents serveis de manera automatitzada, fiable i sistemàtica.

Actualment, el CatSalut disposa de diverses fonts d'informació per fer el seguiment de l'activitat de l'atenció urgent: el CMBD d'urgències (CMBD-UR), el CMBD-AP, el PIUC manual i el PIUC plus (PIUC +). Tot i el seu desenvolupament, la informació que proporcionen aquestes eines té marge de millora, pel que fa a la fiabilitat i la consistència. En aquest context, davant la dificultat d'avançar adequadament en la recollida i disponibilitat de dades, s'està analitzant la possibilitat d'explorar vies alternatives de recollida d'informació d'urgències.

Per implementar un sistema d'informació que permeti copsar l'estat de situació dels diferents dispositius d'atenció continuada i urgent en temps real, és clau la implicació dels professionals experts i les societats científiques, així com la validació per part dels comitès operatius d'urgències i emergències (COUE), com a ens responsable de l'actuació als territoris.

La història clínica dels pacients és un dels instruments més rellevants per garantir la qualitat del procés d'atenció, i és necessari l'accés per part dels professionals dels diversos serveis que intervenen en l'atenció continuada i urgent.

Acció 25

Presa de decisions informada per a la millora de la gestió i adequació de l'organització i oferta de recursos

La gestió òptima dels dispositius d'urgències i emergències passa per disposar d'eines més adequades, com ara quadres de comandament que aportin d'informació de qualitat, a temps real, amb indicadors que reflecteixin les dinàmiques del procés assistencial, no només del mateix dispositiu, sinó del global de la institució i dels dispositius d'urgències de la resta del territori.

El tipus d'indicadors a disposar no s'han de centrar només en aspectes com l'activitat i el temps d'espera, sinó que s'ha de fomentar la incorporació i l'ús d'indicadors de saturació, de disponibilitat de recursos, de predicció de demanda i d'adequació o qualitat assistencial.

La disponibilitat d'aquesta informació ha d'estar necessàriament vinculada a l'establiment i la implementació de plans d'actuació i de contingència en l'àmbit tant dels diferents dispositius com del territori.

A partir d'aquesta informació, els professionals han de conèixer i ser partícips del desplegament dels plans d'actuació i de contingència del seu dispositiu, així com del global territorial.

Objectius

- Dotar d'instruments per a la millora de la gestió dels dispositius d'urgències i emergències territorials.
- Fomentar el coneixement, la compartició i la difusió de la informació sobre la situació local i global de l'atenció urgent.
- Millorar l'ajust entre l'oferta del sistema i la demanda, per minimitzar la saturació.

Descripció

- Disposar de quadres de comandament comuns, accessibles des de tots els dispositius d'urgències i emergències del territori, amb informació a temps real, d'extracció automàtica, que integrin dades clíniques, assistencials i administratives.
- Dissenyar i incloure nous indicadors als quadres de comandament, que es focalitzin en la mesura de dinàmiques de processos:
 - Indicadors de saturació.
 - Indicadors de disponibilitat de recursos.
 - Predicció de demanda.
 - Indicadors d'adequació o qualitat de serveis.
- Assegurar, a través dels comitès operatius d'urgències i emergències (COUE) territorials, la vinculació entre l'accés al quadre de comandament i el coneixement i la implementació dels plans d'actuació i contingència, tant locals com sistèmics.

Nous indicadors

- **Saturació:** talls de cens relacionats amb estructura, nombre i percentatge de pacients amb diferents motius de permanència als dispositius d'urgències (procés d'atenció, pendent d'ingrés, pendent de trasllat), temps total d'estada als dispositius d'urgències (especialment pacients pendents de llit hospitalari > 24 h als SUH), percentatge de domicilis pendents a > 2 h, temps de trànsferts.
- **Disponibilitat de recursos:** estructura d'urgències, llits d'hospitalització convencional, llits als dispositius alternatius, llits d'UCI, llits d'unitats de subaguts.
- **Predicció de demanda:** percentatge d'increment de trucades al 061 CatSalut Respon, percentatge d'increment de consultes a pediatria, percentatge d'increment de diagnòstics de grip o VRS, percentatge de reducció d'activitat a dispositius sanitaris habituals (ex.: vacances), percentatge d'increment de població flotant.
- **Adequació o qualitat:**
 - Hospitalització convencional:** nombre i percentatge de pacients ingressats pendents d'alta a centre sociosanitari, nombre i percentatge de pacients pendents de transport sanitari per trasllat (domicili, sociosanitari, residències), nombre i percentatge d'altres abans de les 12 del migdia, nombre i percentatge d'altres el cap de setmana respecte al total setmanal, nombre i percentatge d'ingressos programats la nit anterior, hora d'arribada a la sala convencional dels ingressos procedents d'urgències.
 - Dispositius d'urgències:** nombre i percentatge de MAT 4 i 5 a serveis d'urgències hospitalaris, nombre i percentatge de derivacions de serveis d'urgències hospitalàries a urgències de primària, nombre i percentatge d'urgències de primària derivades a urgències hospitalàries, nombre de trasllats del SEM de pacients de residència assistida a urgències de primària i hospitalària, percentatge de trucades de consultoria sanitària (+/-seguiment) al 061 CatSalut Respon respecte al total de trucades, nombre i percentatge de visites espontànies respecte al total de visites ateses a l'atenció primària de salut.

Acció 26

Millora d'accessibilitat a una informació, fiable, integral i universal

En el curs de l'atenció urgent és necessari disposar de la informació relativa a la persona atesa. En ocasions, no només és necessària la informació clínica, sinó també la informació de l'àmbit social.

Durant l'acte de prestació del servei sanitari s'ha de registrar tota la informació relativa a l'atenció urgent per tal que estigui disponible a la història clínica del ciutadà atès. Actualment, la pràctica totalitat dels dispositius d'urgències disposen d'estacions de treball clínic, tot i que l'accessibilitat des d'aquests dispositius a tots els registres no està assegurada. D'altra banda, no tota la informació queda registrada dins de la història clínica informatitzada (com per exemple els registres de cures d'infermeria als dispositius d'urgències, registres d'intervenció del SEM o la història social).

A més de la informació de la història clínica, els sistemes d'informació recullen altres dades clíniques i administratives que defineixen el procés d'atenció urgent dels pacients.

Disposar d'aquestes dades, de manera automatitzada, fiable i sistemàtica és molt important per entendre les dinàmiques dels processos d'atenció a la urgència al nostre sistema i establir accions de millora, si escau.

Actualment, al CatSalut disposem de tres fonts d'informació per tal de fer el seguiment de l'activitat de l'atenció urgent: el CMBD d'urgències (CMBD-UR), el PIUC manual i el PIUC+.

El registre del CMBD-UR, implantat el 2014, dona dades fiables sobre l'activitat d'urgències. El PIUC manual és un sistema d'informació menys fiable, motiu pel qual en els darrers anys s'ha iniciat la implementació d'un sistema d'extracció automàtica i sistemàtica, el PIUC+. Malgrat la voluntat d'operativitzar-lo al territori, la transició del sistema PIUC manual al cap al PIUC+ ha estat molt més lenta del que s'havia plantejat inicialment. Això, sumat al fet que no recull dades individuals sinó agregades, que permeten un marge molt estret d'anàlisi, fa que es plantegin noves formes de recollida d'informació.

Objectius

- Progressar en el registre, en la qualitat de la informació, en l'accessibilitat i en la integració dels sistemes d'informació.
- Aconseguir l'accés de tots els dispositius d'urgències i emergències a la història clínica i social dels pacients, per a una millor atenció urgent.
- Disposar d'un sistema de recollida de dades únic, automàtic i fiable.
- Disposar d'un sistema que permeti tenir dades a temps real sobre l'estat de les urgències, en l'àmbit sistèmic.
- Disposar d'informació per treballar en xarxa.

Descripció

- Fomentar el registre a la història clínica del pacient de tota la informació relativa a l'acte d'atenció urgent, incloent-hi els registres d'infermeria, els registres de les intervencions dels dispositius del SEM i les intervencions socials.

- Incorporar de manera unificada informació tant clínica com social a l'historial del ciutadà.
- Elaborar un projecte de millora de l'accessibilitat als continguts de la història clínica, des de diferents dispositius: serveis d'urgències hospitalàries, dispositius d'urgències de l'atenció primària, dispositius mòbils per a l'atenció als domicilis i a les residències, dispositius mòbils del SEM, o61 CatSalut Respon, respectant els drets ARCO.
- Crear un sistema d'informació de la cartera de serveis urgents dels dispositius, actualitzada, a temps real.
- Desenvolupar un aplicatiu comú que reculli dades en línia i individualitzades per a cadascun dels processos d'urgència atesos en el sistema. Aquestes dades s'han de complementar amb la informació que ja es recull sistemàticament al CMBD-UR, més algunes dades dels serveis d'admissions dels hospitals (per exemple, mortalitat del dia anterior a l'hospital, nombre d'altres, etc.) i dades procedents del SEM.

Eix 9

Els professionals com a principals garants d'una atenció d'excel·lència

L'objectiu principal de l'atenció sanitària és millorar l'estat de salut de les persones, i, darrere d'aquesta atenció sempre hi ha un o més professionals. Per tant, alhora que s'ha d'assegurar la millor atenció per a la població, cal tenir cura que els professionals disposin d'un entorn laboral adequat i dels instruments idonis per desenvolupar les seves funcions i responsabilitats.

L'entorn laboral és el conjunt de condicions establertes per a la prestació de l'atenció urgent en el context organitzatiu dels dispositius d'urgències, en termes de model professional, participació dels professionals, dotació de recursos, lideratge i relacions interprofessionals. En l'àmbit dels serveis sanitaris, els entorns laborals favorables s'associen a millors resultats clínics, a major eficiència i a major satisfacció dels professionals.

Alhora, és imprescindible disposar d'un model professional, per tal de progressar en la professionalització (dimensionament i formació dels professionals) dels dispositius, així com dels recursos necessaris per desenvolupar les seves responsabilitats.

Un dels elements d'insatisfacció dels professionals és la manca de participació en les decisions que els afecten directament. Per tal d'evolucionar cap a un model en què els professionals puguin tenir una participació efectiva i responsable, cal que disposin de les capacitats i la informació per tal de ser interpel·lats en aquelles qüestions en què la seva opinió pugui influir en la decisió final. A la vegada, els professionals han de desenvolupar el seu rol de lideratge en l'organització i la gestió, entesa en el seu concepte ampli, que inclou la gestió de persones. Aquests professionals han de ser reconeguts per la institució en què treballen i comptar amb condicions similars a les que gaudeixen els dels altres serveis clínics. Alhora, han de disposar del temps suficient per poder portar a terme projectes i que la seva avaluació sigui per resultats.

Un altre aspecte cabdal són les relacions interprofessionals, tant en el mateix servei com amb altres serveis, tenint en compte les tensions que es viuen als dispositius d'urgències, pel fet que s'han de prendre decisions col·legiades complexes, en un termini màxim de temps, i pel fet que el treball en equip ha de ser efectiu.

En el cas de l'atenció urgent es donen unes circumstàncies molt vinculades a les seves particularitats i a la necessitat de prestar atenció les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. Alguns dels problemes derivats d'aquest entorn són la dificultat de conciliar la vida familiar i laboral, l'excés de jornades intensives, la dificultat d'integració dels torns de nit en les dinàmiques dels equips, la dificultat per desenvolupar les responsabilitats pròpies dels diferents llocs de treball en les etapes més avançades de la vida laboral i la inseguretat personal en el treball, a conseqüència d'un risc superior d'agressions verbals, físiques i psicològiques que en altres àmbits d'atenció. Un dels reptes que es planteja el PLANUC és tractar de donar resposta a algunes d'aquestes problemàtiques.

Una altra qüestió important és l'adquisició de les competències necessàries per a l'atenció urgent. En el cas dels professionals assistencials, la manca d'especialitat mèdica

d'urgències i emergències a través del MIR, i la manca de desplegament de la d'infermeria especialista en aquest àmbit suposa un problema afegit. Tot i ser conscients que Catalunya no disposa avui dia de competències en aquesta matèria, es plantegen accions de suport al desplegament d'aquestes especialitats. També es proposen accions de promoció de debat i consens sobre la definició de funcions i responsabilitats de determinats col·lectius professionals en l'àmbit de la urgència i l'atenció continuada.

Acció 27

Elaboració d'un pla de recursos humans per als professionals d'atenció continuada i urgent i dimensionament dels dispositius

Un dels aspectes importants per assegurar una atenció urgent de qualitat és la professionalització dels dispositius, entesa aquesta com el correcte dimensionament de professionals especialment formats per prestar atenció urgent.

La formació tècnica dels professionals que presten atenció urgent és una acció d'alta complexitat i d'alt impacte. Pel que fa als professionals assistencials, la no aprovació de l'especialitat en el cas dels metges, i la manca de desplegament en el cas dels infermers, incrementa les necessitats formatives respecte a la d'altres serveis. Igualment, és necessari fer especial esment en la formació no tècnica, d'especial importància en la prestació d'atenció urgent.

Objectius

- Assegurar el desenvolupament professional en els dispositius d'urgències.
- Assegurar la formació idònia dels professionals, per tal de garantir els millors resultats assistencials possibles.
- Promoure la recerca i la innovació als dispositius d'urgències.
- Dimensionar els serveis d'atenció continuada i urgent per garantir una atenció de qualitat i adaptada a les necessitats de la població.

Descripció

- Establir estàndards de nombre de professionals en relació amb cada dispositiu, tenint en compte no només el volum i tipus l'activitat que es realitza, sinó l'estructura en què es desenvolupa l'activitat.
- Plantejar un pla d'adequació dels llocs de treball, en relació a les necessitats.
- Definir competències en relació amb el lloc de treball i realitzar un sistema d'avaluació de les competències.
- Dissenyar un programa de formació continuada i formació específica, tècnica i no tècnica, en relació amb les competències.
- Permetre compatibilitzar l'activitat assistencial amb l'activitat docent i de recerca.
- Proposar accions de millora per a la conciliació de la vida professional i personal.
- Dissenyar un pla de mobilitat dels professionals (dins del mateix àmbit de l'atenció urgent, sobretot pel que fa als professionals de les emergències mèdiques).
- Oferir places de formació per a metges i infermers per realitzar formació específica dins del Servei d'Emergències Mèdiques, durant 2 anys.

Acció 28

Suport al desenvolupament de l'especialitat de medicina d'urgències i emergències i al desenvolupament de l'especialitat d'infermeria d'urgències i emergències

L'especialitat de medicina d'urgències i emergències no està aprovada a l'Estat espanyol, tot i que sí que ho està en la majoria de països europeus. Per aquest motiu, la formació dels metges que desenvolupen la seva activitat en els dispositius d'urgències del SEM i hospitalaris és irregular i heterogènia.

Pel que fa a l'especialitat d'infermeria d'urgències i emergències, s'inclou dins l'especialitat d'infermeria medicoquirúrgica. Ateses les particularitats de la formació, les tasques, responsabilitats i competències que té l'exercici de la professió d'infermeria d'urgències i emergències, es requereix el desenvolupament específic de l'especialitat.

Cal tenir en compte que, actualment, Catalunya no té competències en relació amb la formació especialitzada.

Objectius

- Assegurar una formació adequada i reglada per a la prestació d'atenció urgent dels professionals de medicina i infermeria.

Descripció

- Redactar un document de suport per a la creació de l'especialitat primària de medicina d'urgències i emergències (via MIR) i l'especialitat d'infermeria d'urgències i emergències (via EIR), des de el Pla director d'urgències, i elevar-lo a les autoritats competents.

Acció 29

Desenvolupament efectiu de les responsabilitats dels professionals dels dispositius d'urgències i emergències

El treball en equip entre metges, infermers i tècnics troba el seu màxim exponent en l'àmbit de l'atenció a les urgències i l'atenció continuada. Les condicions de treball particulars d'aquest entorn han condicionat que, tant el personal d'infermeria com els tècnics d'emergències, hagin anat assumint responsabilitats i adquirint competències de manera progressiva. En aquest sentit, tot i que a la pràctica puguin tenir les competències per exercir-les, el marc regulador actua com a factor limitant per al desenvolupament de les responsabilitats d'aquests grups professionals.

Cal posar en valor les habilitats, els coneixements i l'expertesa d'aquests col·lectius en l'àmbit de les urgències i emergències i avançar en el desenvolupament de les seves responsabilitats en relació amb les seves competències.

Objectius

- Afavorir el desenvolupament professional en l'àmbit dels dispositius d'atenció continuada i urgent.

Descripció

- Avaluar les competències i definir les responsabilitats dels professionals de medicina, d'infermeria i dels tècnics d'emergències.
- Definir les responsabilitats compartides entre professionals de medicina, d'infermeria i tècnics d'emergències, i detallar les situacions en les quals els professionals d'infermeria i tècnics poden actuar de forma autònoma o en les quals requereixen supervisió.
- Elaborar protocols d'actuació amb la definició de les responsabilitats de cada col·lectiu professional, consensuats amb els col·legis professionals i les societats científiques i validats per l'autoritat sanitària.

Eix 10

Apoderament de la ciutadania

La formació i informació a la ciutadania i al seu entorn permet el seu apoderament, millora la seva capacitat d'autocura i contribueix a una presa de decisions més informada i responsable.

Segons la Carta de drets i deures de la ciutadania, actualitzada el 2015, el ciutadà té dret a rebre una educació en salut que permeti obtenir informació i coneixement sobre els factors ambientals, socioeconòmics i culturals que poden influenciar la salut individual i col·lectiva; a conèixer quins són els principis d'una nutrició essencial que asseguri un bon estat de salut; els beneficis i els riscos que li pot comportar l'adopció de determinades conductes, així com les seves mesures preventives; com actuar personalment i col·lectivament davant d'una situació de risc per a la salut de la comunitat. També té dret a la utilització de les tecnologies de la informació i la comunicació per accedir al sistema sanitari de manera segura, a rebre assessorament relatiu a la informació disponible a la xarxa i a participar com a agent actiu en el sistema sanitari.

Per altra banda, el ciutadà té el deure de contribuir a la cura i la millora de l'entorn; de tenir cura de la pròpia salut i de les persones que estiguin sota la seva responsabilitat; d'evitar riscos per a la salut d'altres persones que es poden derivar de la falta d'adopció de mesures preventives individuals; de fer un bon ús de les mesures preventives individuals o col·lectives que es posin al seu abast; de conèixer i complir les regulacions vigents per a la protecció de la salut col·lectiva; de complir amb les mesures excepcionals establertes per l'autoritat sanitària en els casos on s'aprecii una situació de perill per a la salut pública i de fer un ús responsable de les noves tecnologies en relació amb la salut i el sistema sanitari.

En aquest context, és desitjable fomentar l'ús d'eines que afavoreixin una major implicació i corresponsabilitat dels ciutadans en la seva autocura, l'autogestió de la salut i la presa de decisions més informada. Per assolir-ho, és necessari millorar la quantitat i qualitat d'informació que arriba al ciutadà. En l'àmbit de l'atenció continuada i urgent, no només ha de tenir disponibilitat per contactar amb el 061 CatSalut Respon, sinó que ha de tenir al seu abast informació sobre els dispositius més propers al seu abast, la seva cartera de serveis i el seu grau de disponibilitat o ocupació en el moment de la consulta. Aquesta informació es pot realitzar amb campanyes informatives específiques i també, aprofitar les noves tecnologies per facilitar la disposició d'informació en temps real. Alhora, ambdues eines han d'ésser més emprades per informar la ciutadania de manera sistemàtica i proactiva sobre consells de salut, epidèmies i incidències en l'àmbit sanitari que li puguin afectar.

Acció 30

Informació accessible i de qualitat per a l'apoderament de la ciutadania

L'ús adequat dels recursos del sistema sanitari només es pot exigir a la ciutadania si n'està correctament informada. L'educació sanitària i la informació sistemàtica i proactiva als ciutadans sobre consells de salut, epidèmies i incidències en l'àmbit sanitari que els puguin afectar és una eina imprescindible. Alhora, és desitjable que el ciutadà conegui l'existència de diferents dispositius, la seva cartera de serveis i la seva disponibilitat o ocupació a temps real.

Les campanyes informatives i les noves tecnologies ofereixen la possibilitat de facilitar informació permanentment actualitzada per tal que els ciutadans tinguin més coneixement i autocura i puguin prendre decisions amb corresponsabilitat a l'hora de decidir a quin dispositiu consultar, o bé per poder-s'hi adreçar amb facilitat una vegada que han fet la consulta prèvia al 061 CatSalut Respon.

Objectius

- Millorar la informació i educació en salut per a contribuir a apoderar la ciutadania.
- Facilitar al ciutadà instruments per a la presa de decisions més informada.

Descripció

- Definir un pla general de comunicació i informació des del Departament de Salut, que impulsi campanyes de comunicació i informació en salut i atenció urgent a la ciutadania:
 - Educació sanitària: motius habituals de consulta urgent i què fer en les situacions més comunes.
 - Oferta d'atenció urgent al territori: dispositius disponibles, la seva cartera de serveis, horaris, temps d'espera, qualitat de serveis.
 - Ús responsable dels serveis sanitaris: Carta de drets i deures en relació amb l'atenció sanitària, recomanacions sobre el bon ús dels serveis públics.
 - Epidèmies, situacions de riscos sobre la salut, incidències que tinguin una afectació a l'atenció sanitària.
- Millorar i potenciar els continguts d'informació en salut (consells de salut, epidèmies, incidències, etc.) al Canal Salut i a La Meva Salut.
- Dissenyar una app de CatSalut per a telèfons intel·ligents i tauletes que contingui informació permanentment actualitzada sobre:
 - Ubicació dels dispositius d'urgències d'atenció primària i hospitalària a partir de la geolocalització del ciutadà.
 - Temps d'espera per a les consultes de baixa complexitat als dispositius d'urgències d'atenció primària i serveis d'urgències hospitalaris.
 - Accés directe al telèfon del 061 CatSalut Respon.
 - Informació sanitària rellevant sobre consultes habituals.

9. Calendari d'actuacions

Calendari d'accions en l'àmbit nacional

Crear la **nova línia d'atenció pediàtrica 24 h x 365 dies** → Maig 2017



Crear la **nova línia d'atenció a la salut mental 24 h x 365 dies** → Octubre 2017



Desenvolupar projectes **d'atenció telemàtica i intel·ligència artificial** → Inici gener 2018



SEM servei essencial: reduir la temporalitat i augmentar l'estabilitat dels professionals del SEM → Inici maig 2017



Instaurar **suport vital avançat aeri nocturn** → Entre juliol i octubre 2017



Crear un equip especialitzat en **trasllats de pacients crítics altament complexos** (ECMO, baló contrapulsació, suport ventricular) → Juny 2017



Oferir places de **formació al SEM** per a metges i infermers per realitzar formació específica, durant 2 anys → Desembre 2017



Instaurar una **consultoria especialitzada no presencial** de suport per a professionals, per al tractament de pacients pediàtrics → Maig 2017



Fomentar **l'atenció domiciliària i l'hospitalització a domicili** en el centres residencials → A partir de juny 2017



Realitzar les **derivacions als CUAP i al SUH a través del o61 CatSalut Respon**, que ha de ser qui indiqui l'activació d'un recurs mòbil, amb la valoració prèvia *in situ* d'un facultatiu → A partir de juny 2017



Augmentar la **resolució i flexibilitat** per a ingressos dels sociosanitaris → 2017



Assegurar l'**accessibilitat als tractaments** de radioteràpia externa i/o radiologia intervencionista per compressió medul·lar i síndrome de vena cava superior → Ja iniciada 2017 i continuïtat



Facilitar l'accés de la **mediació intercultural** als dispositius d'urgències → Inici abril 2017



Plantejar un **pla d'adequació dels llocs de treball** → 2017



Proposar accions de millora per a la **conciliació de la vida professional i personal** → 2017



Redactar un document de suport per a la **creació de l'especialitat primària de medicina d'urgències i emergències** i l'especialitat **d'infermeria d'urgències i emergències** → Juny 2017



Definir les **responsabilitats compartides** entre professionals de medicina, d'infermeria i tècnics d'emergències → Novembre 2017- febrer 2018



Definir un **pla general de comunicació i informació a la ciutadania** des del Departament de Salut → Setembre 2017- gener 2018



Dissenyar una **app del CatSalut per a telèfons intel·ligents i tauletes** que contingui informació permanentment actualitzada sobre els serveis d'urgències → Maig 2017



Calendari d'accions en l'àmbit territorial

Mesures per combatre la saturació d'urgències

Posada en marxa d'equips de suport integral a la cronicitat (ESIC)

- ESIC **Centre de Salut Casernes** → Març 2017



- ESIC **Hospital Dos de Maig** → Juny 2017



- ESIC **Centre Integral Cotxeres** → Últim trimestre 2017 - primer 2018



- ESIC **Sant Martí** → Últim trimestre 2017 - primer 2018



Dispositiu específic d'atenció a la fragilitat al SU de l'Hospital de **Sant Pau** → Novembre 2017



Ingrés directe a dispositius **alternatius a l'hospitalització convencional** sociosanitària i a l'hospital de dia a **Terres de l'Ebre**

Model d'atenció als **pics de demanda assistencial** amb la participació de l'AP, AH i SM a la Regió Sanitària **Alt Pirineu i Aran** → 2017



Hospital de Dia Sant Rafael → 2017



Circuit d'**hospitalització a domicili** i AP **Dos de Maig**: ingrés del pacient crònic complex a la ciutat de Barcelona → En funcionament



Model d'atenció i suport d'especialistes a urgències de l'**Hospital de Sant Pau** → En funcionament



- **Nova unitat de preingrés** de 12 llits per a pacients amb sol·licitud d'ingrés en planta i **nova unitat d'aguts** amb un total de 30 llits a l'**Hospital Moisès Broggi** → Finals 2017



- **Reorientació del Servei d'Urgències** de l'**Hospital Sant Antoni Abat de Vilanova** i la Geltrú cap al **CUAP**, per adaptar-lo al model d'atenció d'urgències d'AP → 2017



- Desplegament de la **derivació inversa**. Exemples → 2017



- De l'Hospital **Josep Trueta** al **PAC Güell**

- De l'Hospital de **Vilanova al CUAP**

Gestió conjunta dels llits d'hospitalització de tots els centres de la RS de Lleida, des d'urgències de l'**Hospital Universitari Arnau de Vilanova** → 2017



Equips de **guàrdia d'especialista** per a l'atenció de pacients del seu àmbit assistencial (durant PIUC) a **Terres de l'Ebre** → 2017



Reorganització de l'àrea d'hospitalització per facilitar les **altes mèdiques i quirúrgiques** abans de les **12 h del migdia** a la **Clínica Terres de l'Ebre**

Millora de l'atenció a la salut a les residències

Ordenació de l'**atenció sanitària a les residències**: atenció a l'alta complexitat i baixa complexitat a **Barcelona ciutat** → 2017



Millora de l'atenció al **final de la vida** a les **residències** al **Baix Llobregat Nord** → 2017



Programa **residència accés directe** pacients a l'**Hospital de Calella** → 2017



Projecte d'**hospitalització domiciliària en residències** geriàtriques al **Consorci Sanitari Integral** → 2017



Millora de l'atenció al pacient oncològic

L'**ICO de l'Hospitalet** com a centre de referència per a tot Catalunya en el tractament amb **radioteràpia urgent** → Gener 2017



Accés de l'Hospital Sant Joan de Reus –**referent d'Oncologia**– als sistemes d'informació i sol·licitud directa de **proves d'imatge** a l'**Hospital Móra d'Ebre** → 2017



Millora de l'atenció a les urgències pediàtriques

Unitat amb professionals dels serveis d'urgències de l'**Hospital Sant Joan de Déu** per atendre les urgències pediàtriques del **CUAP Pura Fernández** de l'**Hospitalet de Llobregat** → 2016



Urgències pediàtriques a l'Hospital de **Sant Celoni** → Maig 2017



Millora de l'atenció a les urgències de salut mental

Protocol d'actuació per a l'atenció a les urgències, els **trasllats i els ingressos involuntaris urgents** de persones amb malalties mentals a la **Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran**, i a l'**Alt Penedès i el Garraf** → 2017



Urgències de psiquiatria a l'Hospital **Germans Trias** per normalitzar aquesta atenció dins d'un hospital general → 2016



i **Terres de l'Ebre** → 2017



Reforç de l'atenció domiciliària urgent i continuada

Seguiment de **pacients a domicili** i **ingrés directe** des de l'**AP** a subaguts de l'**Hospital Santa Creu de Jesús** i l'**Hospital Comarcal d'Ampostà** → 2017



Nou model d'**atenció domiciliària** a la ciutat de **Barcelona** → 2016 i 2017



Model d'**atenció continuada** a través del **o61 CatSalut Respon** a l'**Alt Pirineu i Aran** → 2016



Sistema **remot d'atenció domiciliària** a les **Terres de l'Ebre** gestionat pel SEM Tarragona → 2017



Reorientació de l'atenció **domiciliària nocturna** a **Terrassa** → 2017

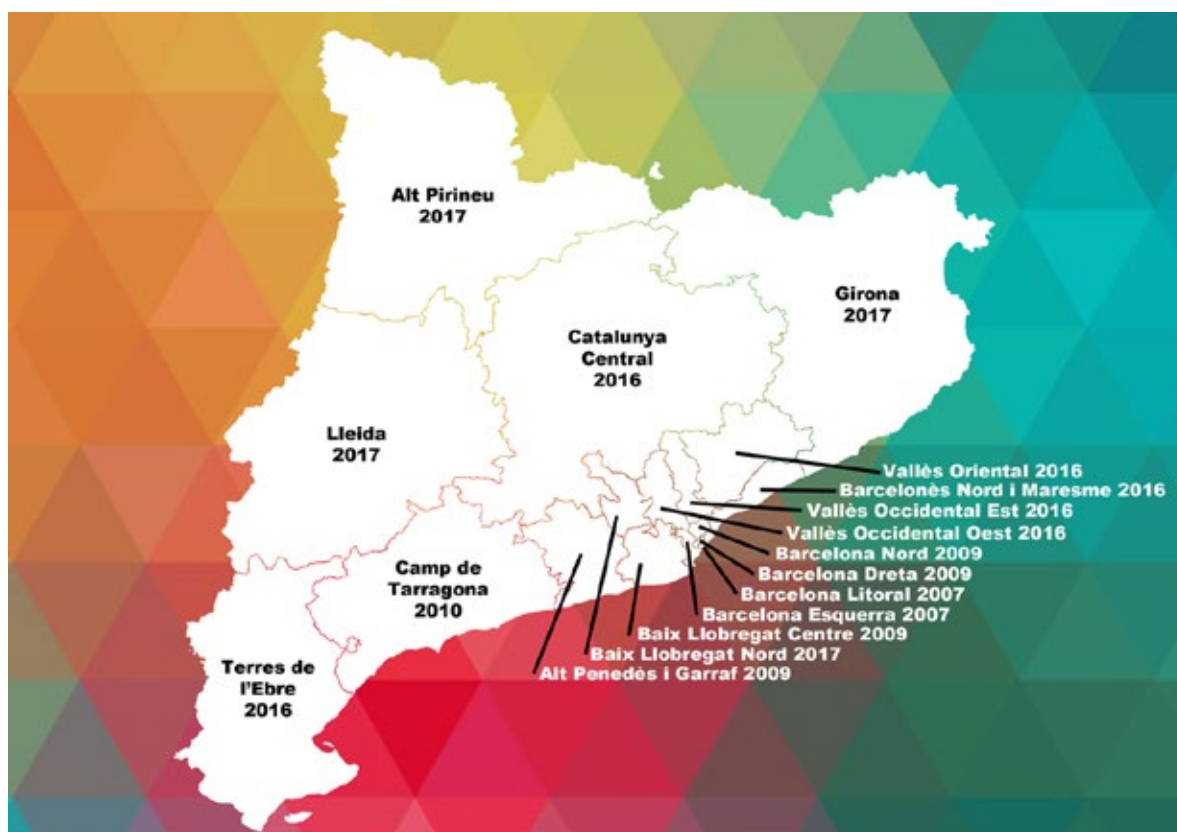


Nou equip d'**atenció continuada domiciliària** al **Baix Montseny i Mollet del Vallès** per donar cobertura a les actuacions del SEM d'atenció contínua en horari nocturn i de caps de setmana → Febrer 2017

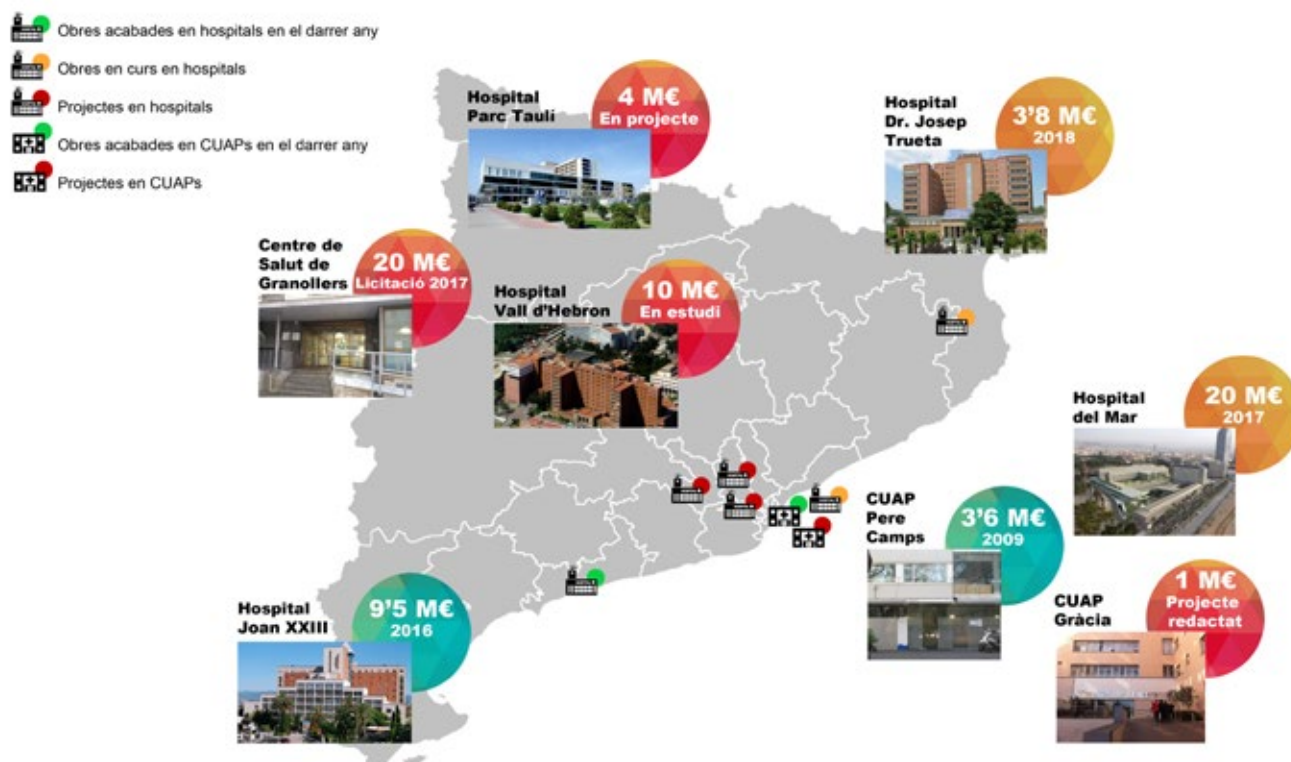


Creació i desplegament dels **COUE**

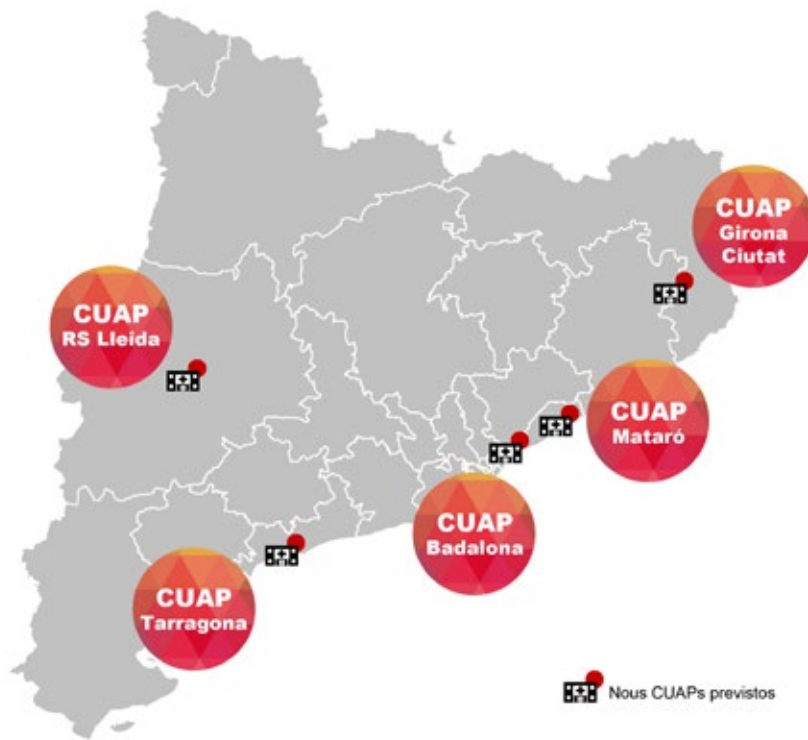
Elaborar un Pla d'urgències i atenció continuada territorial



Inversions en urgències



Nous CUAP



10. Glossari

ABS: Àrea Bàsica de Salut

AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

CECOS: Central de Coordinació Sanitària del Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM)

CMBD-UR: Registre del conjunt mínim bàsic de dades d'urgències (CMBD-UR), que és poblacional i recull l'activitat dels serveis d'urgències hospitalaris, dels CUAP i del SEM des de l'any 2014. Les principals dades que recull són les relacionades amb el nombre de visites, el triatge, els temps d'espera i les variables clíniques de diagnòstic i tractament.

Codis d'Emergència: Sistema de coordinació entre diferents nivells assistencials, en patologies greus temps dependent, que permeten accelerar el procés d'identificació, diagnòstic i tractament, actuant amb protocols d'actuació acurats, i que tenen com objectiu la millora de la supervivència i/o la qualitat de vida posterior del pacient.

CUAP: Centre d'Urgències d'Atenció Primària. Dispositiu que proporcionen atenció immediata als usuaris amb problemes de salut aguts o aguditzacions de problemes de salut crònics de mitjana i baixa complexitat. Els CUAP, que no tenen capacitat d'ingrés en el propi centre, estan dotats amb els professionals i tecnologia necessària per donar resposta a les urgències de complexitat moderada, i ofereix assistència mèdica les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. Han de disposar de suport diagnòstic bàsic (radiologia i analítica), boxs d'observació i professionals d'atenció primària competents en la resolució d'urgències.

COUE: Comitè Operatiu d'Urgències i Emergències que està format per representants dels diferents proveïdors que intervenen en el procés d'atenció a les urgències del territori (hospitals, centres d'atenció primària, centres sociosanitaris i SEM). L'objectiu d'aquests comitès és proposar millores organitzatives dels diferents dispositius que presten atenció a les urgències al territori i augmentar-ne la coordinació, per tal de prestar la millor assistència possible a la població.

DEA: és un aparell electrònic portàtil que diagnostica i tracta l'aturada cardiorespiratòria causada per una arítmia com la fibril·lació ventricular o una taquicàrdia ventricular sense pols. Aquest aparell genera una descàrrega elèctrica que pot revertir l'arítmia.

DEA: Dispositius d'atenció Continuada en entorns Aïllats. Dispositiu integrat bàsicament per un metge i una infermera amb capacitat demobilitat, amb la finalitat de cobrir l'atenció continuada i urgències en entorns de molt baixa densitat de població

ECMO: oxigenació per membrana extracorpòria.

Emergència: Urgència amb risc vital.

Esperança de vida: durada de vida mitjana d'una generació fictícia al néixer sotmesa a les condicions de mortalitat del període.

First Responders: Es consideren aquelles persones, habitualment no sanitàries, que acostumen a ser testimonis d'una emergència i són els primers intervinents amb els malalts, amb capacitat d'oferir primers auxilis i contactar amb el SEM.

Hospitalització a Domicili: Són recursos que comprenen la dispensació de cures de complexitat hospitalària al propi domicili del pacient. Disposen d'una dotació variable de metges i infermeres, que tenen base i depenen dels dispositius hospitalaris. Hospitals de Dia: Els hospitals de dia són unitats estructurals que permeten realitzar diagnòstic, tractament i observació del pacient durant el seu horari de funcionament (habitualment són 12 hores, com a màxim).

MACA: Malalts amb malaltia crònica avançada.

MAT: Model Andorrà de Triatge. Desenvolupat a partir de l'any 2000 al Principat d'Andorra, com a evolució de l'escola australià-canadenca de triatge.

OCDE: Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic.

PCC: pacients crònics complexes

PAC: Punts d'Atenció Continuada. Són dispositius que ofereixen continuïtat assistencial, tant al centre com al domicili del pacient en l'horari en que els Centres d'Atenció Primària romanen tancats. En funció de les característiques del seu entorn poden romandre oberts tota la nit o en horari més reduït.

PLANUC: Pla Nacional d'Urgències de Catalunya

PIDIRAC: Pla de vigilància de les infeccions respiratòries agudes a Catalunya (PIDIRAC). L'objectiu d'aquest Pla, que es va posar en marxa la temporada 1999-2000, és obtenir una informació diària sobre la morbiditat per infeccions respiratòries agudes ateses pels metges sentinella distribuïts per Catalunya, detectar de forma precoç l'aparició de les epidèmies de grip i caracteritzar els virus circulants.

PIUC: El Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC) es va iniciar l'any 1999 amb l'objectiu de vertebrar totes les accions desenvolupades des dels diferents àmbits d'atenció, de serveis i de dispositius sanitaris per respondre de manera efectiva als canvis en les necessitats d'atenció urgent.

PIUC+: Aplicatiu PIUC com a sistema de monitoratge, i passa de la declaració manual a la captura automàtica des dels sistemes d'informació d'origen.

PLAENSA: Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut.

POCS: Pla d'actuació per prevenir els efectes de les onades de calor sobre la salut (POCS), que s'activa a l'estiu amb l'objectiu de reforçar les mesures preventives i de consell, que permetin minimitzar els efectes negatius de les onades de calor sobre la salut de la població, especialment dels grups més vulnerables: gent gran (sobretot els més grans de 75 anys), nadons, persones amb discapacitats físiques o psíquiques que tenen limitada la seva autocura, persones amb malalties cròniques, persones fràgils que viuen soles, persones amb condicions socials precàries, pacients amb medicacions que actuen sobre el sistema nerviós central, persones que realitzen una activitat física intensa o aquelles que han de romandre o fer activitat física a l'aire lliure (incloses les activitats laborals), etc. Alhora, el POCS coordina les mesures i els recursos existents arreu del territori per fer front a una possible onada de calor.

RMI: renda mínima d'inserció (RMI)

RAI: renda activa d'inserció (RAI)

SEM: Sistema d'Emergències Mèdiques. Sistema prehospitalari Català d'atenció a les urgències i emergències de caràcter sanitari.

SISCAT: sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya.

SUH: Servei d'Urgències Hospitalari.

SUVEC: El Servei d'Urgències de Vigilància Epidemiològica s'ocupa de la detecció i gestió d'alertes i urgències en salut pública, és a dir, del conjunt de fenòmens que representen un risc potencial per a la salut de la població i/o de transcendència social en relació amb les quals és necessari el desenvolupament d'actuacions de salut pública urgents i eficaces.

SVA (Unitat): Suport Vital Avançat. Composit per un metge, un infermer i un TES (SVAm) o be d'un infermer i un TES (SVAi)

SVAm-P (Unitat): Suport vital avançat pediàtric

SVAaèri (Unitat): Helicòpter medicalitzat.

SVB (Unitat): Suport Vital Bàsic. Composit per 2 TES

TES: Tècnic en Emergències Sanitàries.

Triatge: El triatge és el procés de determinar la prioritat dels tractaments dels pacients basant-se en la gravetat de la seva condició. Aquesta selecció del tractament del pacient es dona quan els recursos són insuficients perquè tothom pugui ser tractat immediatament.

TSI: Transport Sanitari Integrat

UACO: unitats d'atenció continuada oncològica

UCE: Unitat de curta estada; unitat d'internament, amb una estructura similar a les unitats d'hospitalització convencional, que permeten el mateix grau de confort pels pacients i familiars. Aquestes unitats constitueixen el recurs idoni per pacients ja diagnosticats amb patologia aguda que requereix tractaments no complexes o per pacients amb agudització de patologies cròniques. Les estades estimades a aquestes unitats no haurien de superar les 96 hores.

UDH: Unitats d'hospitalització a domicili.

Unitats d'Observació: A una gran part dels pacients que acudeixen als Serveis d'Urgències requereixen un temps d'observació. Aquest període forma part del procés assistencial, i s'ha de realitzar en unitats especialment habilitades per aquest fi. Les unitats d'observació d'urgències són unitats estructurals dependents dels SUH, que no tenen situació administrativa d'ingrés hospitalari. Aquestes unitats han de ser resolutives (temps promig 12 hores i màxim 24 hores en un percentil del 95% dels pacients) i alhora preservar la intimitat, el confort i la dignitat dels pacients.

Unitats Subaguts: Són unitats normalment ubicades en dispositius sociosanitaris, on ingressen pacients amb requeriments diagnòstics, de tractament i de cures de menys intensitat que els dels hospitals d'aguts. És el dispositiu d'internament idoni per a pacients amb patologia crònica i tractaments simples i/o pacients que es beneficien especialment d'un maneig integral (fragilitat, pacients d'edat avançada, pacients amb necessitats pal·liatives).

Urgència: Necessitat percebuda per una persona de ser atesa en termini de temps més curt del que proporcionen els mitjans de visita ordinaris

VIR: vehicles d'intervenció ràpida composit amb un TES i un metge

11. Annexos

Annex 1. Comparativa de models internacionals d'atenció continuada

Annex 2. Centres d'atenció primària que fan atenció continuada i CUAP

Annex 3. Hospitals d'aguts

Annex 4. Sectorització de salut mental

Annex 5. Distribució de bases i recursos del SEM

Annex 6. Fitxes dels codis d'actuació: IAM, ictus, politrauma i sèpsia

Annex 7. Anàlisi dels professionals del Comitè d'experts

Annex 8. Informe sobre el nivell de triatge hospitalari (2016)

Annex 1

Comparativa de models internacionals d'atenció continuada

L'adequada atenció fora de l'horari dels centres de atenció primària és fonamental per a un sistema de salut que funcioni correctament. Els diferents responsables de les polítiques de salut de tot el món estan preocupats per l'accessibilitat, la qualitat i l'eficiència de l'atenció fora d'hores. En molts països, l'organització d'aquesta atenció s'ha modificat en els últims anys. Les raons d'aquests canvis són l'elevada càrrega de treball dels metges de medicina familiar i comunitària (MFC), la manca de facultatius i el desig de separació de la vida laboral i privada entre els professionals. No obstant això, altres problemes han quedat sense resoldre, com ara la fragmentació de l'atenció fora d'hores i la manca d'informació als pacients pel que fa a l'elecció del proveïdor. Es realitza una anàlisi sistemàtica dels models d'organització internacionals per a l'atenció continuada urgent amb l'objectiu d'identificar els punts forts i febles dels diferents models.

Després de revisar-ne la literatura, s'han identificat nou models organitzatius per a l'atenció continuada, que s'utilitzen actualment a tot el món.

Taula 1. Models organitzatius d'atenció continuada

Models	Definició	Exemple
Models basats en la població assignada a cada metge		
1.- MFC individual	L'MFC és el responsable dels seus pacients 24 h x 365 dies.	Àrees rurals d'Àustria
2.- MFC rotatoris	Els MFC d'una regió de forma rotatòria cobreixen l'atenció continuada.	Municipis de Noruega
Models independents de la població assignada a cada metge		
3.- Cooperatives MFC	Els MFC treballen en una organització sense ànim de lucre i cobreixen l'atenció continuada de la població dels MFC participants.	Països Baixos
4.- Centres d'atenció continuada	Centres on els pacients poden anar, sense cita prèvia, per lesions o malalties menors. Atesos per un MFC.	Eslovènia
5.- Serveis privats	Empreses comercials que contracten metges per realitzar l'atenció continuada.	Regne Unit
6.- Centres de lesions lleus	Centres on els pacients poden anar, sense cita prèvia, per lesions o malalties menors. Atesos per una DUI.	Irlanda
Models nacionals i/o hospitalaris		
7.- Triatge telefònic i departaments d'emergències	El pacient contacta telefònicament amb un metge i rep informació sanitària o se li envia el dispositiu més adequat.	Centre de trucades de Portugal
8.- Serveis d'urgències hospitalàries	Els serveis d'urgències s'encarreguen de l'atenció continuada.	Bèlgica
9.- Primària integrada als serveis d'urgències	Els MFC s'integren a l'hospital (urgències) fora de l'horari.	Itàlia

Descripció dels models

En els diferents països s'utilitzen diferents models organitzatius de l'atenció continuada, que varia en un rang que oscil·la entre tres i nou models (taula 2). Així, a països com Austràlia, Canadà, Irlanda, Nova Zelanda, el Regne Unit i els Estats Units d'Amèrica, així com a Noruega i Bèlgica es fan servir els nou models organitzatius.

A gairebé tots els països analitzats, els serveis d'urgències hospitalàries participen en l'atenció continuada del sistema amb l'excepció de la República Txeca i Dinamarca on no té aquesta funció. En nou països el model dominant és el d'MFC rotatoris (taula 2). L'MFC individual, els serveis privats i la primària integrada als serveis d'urgències rarament s'identifiquen com el model dominant.

Taula 2. Vista general dels països, nombre de models i model dominant

País	Nombre de models	Model dominant
Croàcia	3	Urgències hospitalàries
Txèquia	3	Primària integrada a l'hospital
Dinamarca	4	Triatge telefònic i dep. emergència
Israel	4	Urgències hospitalàries
Portugal	4	Centres d'atenció continuada
Països Baixos	4	Cooperatives MFC
Alemanya	5	MFC rotatoris
Islàndia	5	Centres d'atenció continuada Cooperatives MFC
Eslovènia	6	MFC rotatoris
Àustria	7	MFC rotatoris
Grècia	7	MFC individual
França	8	Urgències hospitalàries MFC rotatoris
Suècia	8	Cooperatives MFC
Suïssa	8	MFC rotatoris
Bèlgica	9	MFC rotatoris
Canadà	9	Urgències hospitalàries
Nova Zelanda	9	Cooperatives MFC MFC rotatoris
Austràlia	9	MFC individual MFC rotatoris
Islàndia	9	Cooperatives MFC
Noruega	9	MFC rotatoris
Regne Unit	9	Serveis privats
EUA	9	MFC rotatoris

Fortaleses i debilitats dels diferents models

En relació amb els serveis d'urgències hospitalàries, la satisfacció dels pacients amb el model és una fortalesa (taula 3). No obstant això, les debilitats d'aquest sistema són la continuïtat de l'atenció, l'eficiència i l'accessibilitat. La saturació que provoca a les urgències dels hospitals és un element fonamental a tenir en compte.

El sistema MFC rotatoris té diverses fortaleses percebudes, com ara l'accessibilitat i la satisfacció dels pacients, tot i ser la seva principal debilitat la satisfacció en el treball dels metges.

El model MFC individual es considera neutre per a la majoria dels aspectes, però provoca una pobra continuïtat de l'atenció pel sistema i una alta accessibilitat. És un model a considerar en zones aïllades o amb poca densitat de població. Els països amb aquest sistema es troben amb resistències dels professionals i amb el dèficit d'MFC amb aquest perfil.

Les cooperatives d'MFC tenen potencialment molts punts forts, per exemple, en relació amb la coordinació de l'atenció, la satisfacció dels professionals, l'accessibilitat i l'eficiència de l'assistència sanitària.

Els centres d'atenció continuada disposen d'una alta accessibilitat. No obstant això, la continuïtat de l'atenció, l'eficiència, la coordinació de l'atenció i la satisfacció dels metges són febles.

Taula 3. Fortaleses i debilitats dels diferents models

	Continuïtat cures	Eficiència	Accessibilitat	Satisfacció professionals	Satisfacció pacients
MFC individual	-	o	+	o	+
MFC rotatoris	o	o	+	-	+
Cooperatives MFC	o	+	+	+	+
Centres d'atenció continuada	-	-	+	-	o
Serveis privats	-	-	o	o	o
Urgències hospitalàries	-	-	-	o	+
Triatge telefònic/ Emergències	-	o	+	-	+
Sistema integrat	+	+	o	o	+

Els canvis previstos

La major part dels països analitzats disposen de plans per canviar l'atenció continuada en el futur proper. La tendència és definir estratègies a gran escala amb la integració de tots els sistemes en una estratègia comuna i la introducció d'un número de telèfon nacional amb la centralització de fora d'hores de trucades i triatge. Els arguments per a aquests canvis són la reducció de la fragmentació de dispositius, la insatisfacció entre els metges de família, l'escassetat de metges de família i la manca de metges de família motivats per l'atenció fora d'hores. Altres motius adduïts són la saturació dels serveis d'urgències hospitalàries, la reducció de costos, la millora de la seguretat i la qualitat i la continuïtat de l'atenció.

Només el model d'atenció integral es percep com d'un alt nivell de continuïtat de l'atenció, potser a causa de la col·laboració i el treball en equip, que també té un impacte positiu en la coordinació de l'atenció. D'altra banda, la satisfacció dels pacients va ser esmentat com una debilitat dels models d'atenció integral. Això podria ser el resultat de la percepció que els pacients estaran menys satisfets si consulten un metge de família en lloc d'un especialista. L'eficiència es considera una fortalesa. Els mecanismes subjacents són, evidentment, l'evitació d'excés de tractament (per exemple, assessorament per telèfon en lloc d'un contacte cara a cara, si és possible), així com l'evitació de tractament insuficient (per exemple, el reconeixement adequat de l'acció i dels problemes de salut molt urgents). En altres paraules, l'eficiència reflecteix una relació òptima entre l'ús de recursos i l'eficàcia (no només la reducció de costos).

Annex 2

Centres d'atenció primària que fan atenció continuada

Alt Pirineu i Aran

CAP Bellver de Cerdanya
CAP El Pont de Suert
CAP La Seu d'Urgell
CAP Ollana
CAP Pobla de Segur
CAP Puigcerdà
CAP Sort
CAP Tremp
CAP Vielha
Consultori local Tuixent

Lleida

CAP Agramunt
CAP Alcarràs
CAP Almacelles
CAP Almenar
CAP Artesa de Segre
CAP Balaguer
CAP Bellpuig
CAP Cervera
CAP Guissona
CAP La Granadella
CAP Les Borges Blanques
CAP Mollerussa
CAP Ponts
CAP Seròs
CAP Tàrraga
Consultori local Albatàrrec (Lleida Rural Sud)
Consultori local Alpicat (Lleida Rural Nord)

Camp de Tarragona

CAP Alcover
CAP Bonavista
CAP Calafell
CAP Constantí
CAP Cornudella
CAP El Morell
CAP Falset
CAP La Selva del Camp
CAP L'Arboç
CAP Les Borges del Camp
CAP L'Hospitalet de l'Infant
CAP Montblanc

CAP Mont-roig del Camp
CAP Muralles
CAP Riudoms
CAP Sant Salvador
PAC El Temple (Baix Ebre)
CAP Torredembarra
CAP Torreforta-La Granja
CAP Vila-rodona
CAP Vila-seca

Terres de l'Ebre

CAP Alcanar
CAP Aldea
CAP Deltebre
CAP El Perelló
CAP Flix
CAP Gandesa
CAP Horta de Sant Joan
CAP La Sénia
CAP L'Ametlla de Mar
CAP Sant Carles de la Ràpita
CAP Sant Jaume d'Enveja
CAP Santa Bàrbara
CAP Ulldecona

Catalunya Central

CAP Anoia
CAP Calaf
CAP Capellades
CAP Cardona
CAP Centelles
CAP Dr. Agustí Garriga d'Artés
CAP Gironella
CAP Goretti Badia de Súrria
CAP Guardiola de Berguedà
CAP Manlleu
CAP Moià
CAP Monistrol de Montserrat
CAP Navarces
CAP Navàs
CAP Piera
CAP Prats de Lluçanès
CAP Puig-reig
CAP Sallent

CAP Sant Fruitós
CAP Sant Joan de Vilatorrada
CAP Santa Coloma de Queralt
CAP Santa Margarida de Montbui
CAP Solsonès
CAP Torelló
CAP Tona
CAP Vilanova del Camí
Consultori local Sant Llorenç de Morunys (Localitzable)

Girona

CAP Arbúcies
PAC Banyoles
CAP Bàscara
CAP Besalú
CAP Blanes 2
CAP Breda
CAP Cadaqués
CAP Calella
CAP Campdevàrol
CAP Camprodon
CAP Canet de Mar
CAP Cassà de la Selva
CAP Celrà
CAP Doctor Joan Vilaplana
CAP Doctor Subirós
CAP Doctora Casaponsa (La Bisbal d'Empordà)
CAP Dr. A. Cabañas (Lloret de Mar)
CAP Dr. Jordi Nadal i Fàbregas
CAP Dr. Josep Alsina i Bofill
CAP Dr. Josep Torner i Fors
CAP Dr. Moisès Broggi
CAP Dr. Ramon Vinyes (Anglès)
PAC Figueres
CAP Güell
CAP Hostalric
CAP La Selva
CAP La Vall d'en Bas
CAP Llançà
CAP Peralada
CAP Pineda de Mar
CAP Platja d'Aro
CAP Ribes de Freser
CAP Ripollès
CAP Roses
CAP Sant Feliu de Guíxols
CAP Sant Hilari Sacalm
CAP Sarrià de Ter
CAP Sils
CAP Tordera

CAP Torroella de Montgrí
CAP Vidreres
Consultori local Platja d'Aro
Consultori local Tossa de Mar

Barcelona

CAP Abrera
CAP Alt Mongent
CAP Arenys de Mar
CAP Badia del Vallès
CAP Ca n'Oriac
CAP Caldes de Montbui
CAP Can Trias-Ernest Lluch
CAP Canovelles
CAP Cardedeu
CAP Castellar del Vallès
CAP Castellbisbal
CAP Ciutat Meridiana
CAP Corbera de Llobregat
CAP La Cruïlla
CAP Cubelles
CAP Doctor Barraquer
CAP Dr. Gonçal Calvo i Queraltó
CAP Dr. Guillermo Masriera i Guardiola
CAP Dr. Robert de Badalona
CAP El Masnou
CAP El Pla
CAP Esparreguera
CAP Florida
CAP La Garriga
CAP Gavà 1
CAP Guineueta
CAP La Granja
CAP La Llagosta
CAP La Marina
CAP La Mina
CAP La Pau
CAP Lluís Millet
CAP Major de Santa Coloma de Gramenet
CAP Maresme
CAP Maria Bernades
CAP Martorell
CAP Montcada i Reixac
CAP Montmeló
CAP Montornès
CAP Mútua Rubí
CAP Nova Lloreda
CAP Olesa de Montserrat
CAP Parets del Vallès
CAP Premià de Mar
CAP Rambla de Terrassa

CAP Ramona Via
CAP Roquetes
(Les Roquetes - Sant Pere de Ribes)
CAP Rosa dels Vents
CAP Sant Andreu
CAP Sant Cugat del Vallès
CAP Sant Fost de Campsentelles
CAP Sant Sadurní d'Anoia
CAP Santa Perpètua de Mogoda
CAP Sitges
CAP Terrassa Nord
CAP Trinitat Vella
CAP Vallirana
CAP Vilassar de Dalt
Centre d'Atenció Pediàtrica Integral Barcelona
Esquerra (CAPIBE)
Centre de Salut Isabel Roig CAP Casernes de
Sant Andreu

CUAP

CUAP i Hospital Lleuger Gimbernat
CUAP Salou
PAC Bages de Manresa
PAC Hospital Igualada
PAC Hospital de Sant Bernabé de Berga
Hospital - CUAP Vic
CUAP Pura Fernández
CUAP Casernes de Sant Andreu
CUAP Castelldefels
CUAP Cerdanyola-Ripollet
CUAP Ciutat Vella-Peracamps
CUAP Cotxeres
CUAP El Prat de Llobregat
CUAP Gràcia
CUAP Horta
CUAP La Solana
CUAP Manso
CUAP Sant Fèlix
CUAP Sant Ildefons
CUAP Sant Martí
SJD-CAPIBE (Numància)
Centre d'Urgències Centre de Granollers*
PAC Alt Penedès
CUAP Prat de la Riba
CUAP Sant Pere de Reus

* Horari de 8 a 20h els 365 dies. A la nit tanca.

Annex 3

Hospitals d'aguts

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
Hospital Sant Pau i Santa Tecla
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus
Pius Hospital de Valls
Hospital del Vendrell
Clínica Terres de l'Ebre
Hospital Comarcal d'Amposta
Hospital Verge de la Cinta de Tortosa
Hospital Comarcal Móra d'Ebre
Hospital de Figueres
Hospital Santa Caterina
Hospital Comarcal de Blanes
Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa
Hospital de Palamós
Hospital de Campdevàrol
Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona
Hospital Sant Joan de Déu de Manresa
Hospital Comarcal Sant Bernabé
Hospital d'Igualada
Fundació Sant Hospital
Hospital Comarcal del Pallars
AECT Hospital de Cerdanya
Espitau Val d'Aran
Hospital Dos de Maig
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès
Hospital Clínic de Barcelona
Hospital General de l'Hospitalet
Hospital de Mollet
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Fundació Hospital Comarcal Sant Antoni Abat
Hospital de Sabadell
Hospital Plató

Fundació Puigvert/luna
Hospital Universitari Sagrat Cor
Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona
Fundació Hospital Residència Sant Camil
Hospital Universitari de Bellvitge
Hospital Universitari Mútua Terrassa
Hospital Municipal Badalona
Hospital Sant Joan de Déu de Martorell
Hospital General de Granollers
Hospital de l'Esperança
Hospital del Mar
Hospital de Terrassa
Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues
Hospital de Sant Celoni
Hospital General. Parc Sanitari Sant Joan de Déu
Hospital de Mataró
Fundació Hospital de l'Esperit Sant
Hospital Universitari General de la Vall d'Hebron
Hospital Universitari Maternoinfantil de la Vall d'Hebron
Hospital Universitari de Traumatologia i Rehabilitació de la Vall d'Hebron
Centre Hospitalari
Hospital Clínic de Barcelona, seu Sabino de Arana
Hospital Universitari de Vic
Hospital Santa Maria de Lleida
Hospital Sant Llorenç de Viladecans
Clínica Girona
Salus Infirmorum

Annex 4

Sectorització de salut mental

Regió sanitària	Hospital general sense servei de psiquiatria	Hospital amb servei de psiquiatria referent / urgències (adults)	CSM de referència	CSMIJ de referència	Hospital amb servei de psiquiatria referent / urgències per a menors de 18 anys
Alt Pirineu i Aran	H. de Puigcerdà	Althaia Manresa	Puigcerdà / Cerdanya	CP Puigcerdà	Althaia Manresa
	Espitau Val d'Aran	H. Sta. Maria de Lleida	CSM Vielha	CSMIJ Lleida (CP Alt Pirineu)	H. Sta. Maria de Lleida
	H. La Seu d'Urgell		CSM La Seu d'Urgell		
	H. del Pallars		CSM Pallars Jussà		
			CSM Pallars Sobirà		
			CSM Pont de Suert		
Lleida	Arnau de Vilanova		CSMA Segrià (Lleida)	CSMIJ Lleida	
		CSMA Tàrrrega (Urgell)			
		CSMA Mollerussa Pla d'Urgell			
		CSMA Segarra (Cervera)			
		CSMA Balaguer (Noguera)			
		CSMA Les Borges Blanques			
Camp de Tarragona	Joan XXIII de Tarragona	Pere Mata de Reus	CSMA Tarragona Nord	CSMIJ Tarragona	Pere Mata de Reus
	Hospital Sant Joan i Sta. Tecla		CSMA Tarragona Sud		
	H. Sant Joan de Reus		CSMA Reus	CSMIJ Reus	
	H. Lleuger de Cambrils		CSMA El Vendrell	CSMIJ El Vendrell	
	H. del Vendrell		CSMA Valls	CSMIJ Valls	
	Pius Hospital de Valls				
Terres de l'Ebre	H. Verge de la Cinta	U.P. Amposta	CSMA Tortosa	CSMIJ Tortosa	U.P. Amposta
	Clínica Terres de l'Ebre				
	H. Comarcal d'Amposta		CSMA Amposta	CSMIJ Amposta	
	H. Comarcal Móra la Nova		CSMA Móra	CSMIJ Móra	

Regió sanitària	Hospital general sense servei de psiquiatria	Hospital amb servei de psiquiatria referent / urgències (adults)	CSM de referència	CSMIJ de referència	Hospital amb servei de psiquiatria referent / urgències per a menors de 18 anys
Catalunya Central	H. Gral. de Vic		CSMA Osona (Vic)	CSMIJ Osona (Vic)	H. Gral. de Vic
	Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Martorell	Althaia	CSMA Berga	CSMIJ Berga	Althaia
	C.H. Althaia		CSMA Manresa (Bages)	CSMIJ Manresa (Bages)	
			CP Solsona	CP Solsona	
	H. Gral. d'Igualada	Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Martorell	CSMA Anoia	CSMIJ Anoia	Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Martorell
Girona	H. Campdevàrol	IAS- Martí Julià (Sta. Caterina de Salt)	CSMA Ripollès	CSMIJ Ripollès	IAS- Martí Julià (Sta. Caterina de Salt)
	H. Figueres		CSMA Alt Empordà	CSMIJ Alt Empordà	
	H. d'Olot i Comarcal de la Garrotxa		CSMA Olot	CSMIJ Garrotxa	
	H. Palamós		CSMA Baix Empordà	CSMIJ Baix Empordà	
	H. Comarcal de la Selva		CSMA La Selva-Blanes	CSMIJ Selva Marítima	
	H. Josep Trueta / Clínica Girona		CSMA Sta. Coloma de Farners	CSMIJ La Selva interior	
			CSMA Gironès	CSMIJ Gironès	
	H. St. Jaume de Calella	Hospital de Mataró	CSMA Calella	CSMIJ Calella	Hospital de Mataró
Barcelona	H. Comarcal Alt Penedès	Sagrat Cor de Martorell	CSMA Vilafranca (Alt Penedès)	CSMIJ Vilafranca (Alt Penedès)	Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues
	H. Sant Joan de Déu de Martorell		CSMA Martorell	CSMIJ Martorell	
			CSMA Sant Feliu de Llobregat	CSMIJ Molins de Rei	
	H. Sant Antoni Abat	Parc Sanitari Sant Joan de Déu	CSMA Vilanova/Garraf	CSMIJ Vilanova/Garraf	
	H. Residència Sant Camil				
	H. Viladecans		CSMA Castelldefels	CSMIJ Castelldefels	
			CSMA Gavà	CSMIJ Gavà	
	H. de Sant Boi		CSMA Sant Boi	CSMIJ Sant Boi	
			CSMA Cornellà	CSMIJ Cornellà	
	H. Sant Joan Despí - Moisès Broggi		CSMA Esplugues		
	H. de l'Hospitalet	HU Bellvitge / Fundació Sociosanitària de Barcelona (Duran i Reynals) ingrés aguts	CSMA L'Hospitalet	CSMIJ Hospitalet	
			CSMA El Prat	CSMIJ El Prat	
	Hospital de Sant Celoni	H. General de Granollers (Benito Menni)	CSMA Granollers	CSMIJ Granollers	
	H. General de Granollers				
H. de Mollet	CSMA Mollet		CSMIJ Mollet		

Regió sanitària	Hospital general sense servei de psiquiatria	Hospital amb servei de psiquiatria referent / urgències (adults)	CSM de referència	CSMIJ de referència	Hospital amb servei de psiquiatria referent / urgències per a menors de 18 anys
Barcelona	Hospital de Sabadell		CSMA Sabadell 1	CSMIJ Sabadell	Hospital de Sabadell
			CSMA Sabadell 2		
			CSMA Cerdanyola/ Ripollet	CSMIJ Cerdanyola	
			CSMA Badia	CSMIJ Badia	
	H. Mútua de Terrassa		CSMA Sant Cugat	CSMIJ Sant Cugat	Hospital de Sabadell
			CSMA Terrassa 2 (Mútua)	CSMIJ Terrassa	
	H. Consorci de Terrassa		CSMA Terrassa 1		
			CSMA Rubí		
	Hospital Germans Trias i Pujol	CAEM Emili Mira (Sta. Coloma)	CSMA Badalona 1	CSMIJ Badalona 1	Hospital Clínic
	Hospital Municipal de Badalona		CSMA Badalona 2	CSMIJ Badalona 2	
	H. Esperit Sant		CSMA Santa Coloma	CSMIJ Santa Coloma	
	Hospital de Mataró		CSMA Maresme Nord	CSMIJ Maresme Nord	Hospital de Mataró
			CSMA Mataró	CSMIJ Mataró	
			CSMA Maresme Sud		
	Hospital del Mar		CSMA Ciutat Vella	CSMIJ Ciutat Vella	Hospital Clínic
			CSMA Sant Martí Nord	CSMIJ Sant Martí Nord	
			CAP Maragall		
			CSMA Sant Martí Sud	CSMIJ Sant Martí Sud	
			CSMA La Mina	CSMIJ La Mina	
			CSMA Sant Andreu	CSMIJ Sant Andreu	H. Sant Joan de Déu Esplugues
	Hospital Clínic		CSMA Poble Sec (Montjuïc)	CSMIJ Sants-Montjuïc	Hospital Clínic
			CSMA Sants		
			CSMA Esquerra Eixample	CSMIJ Eixample	
			CSMA Les Corts	CSMIJ Les Corts	
	Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau		CSMA Dreta Eixample	CSMIJ Eixample	Hospital Clínic
			CSMA Gràcia	CSMIJ Gràcia (FETB)	
			CSMA Guinardó		
	H. Plató H. de l'Esperança HU Sagrat Cor		CSMA Horta	CSMIJ Horta-Guinardó	Sant Joan de Déu d'Esplugues
			CSMA Sarrià /Sant Gervasi	CSMIJ Les Corts / Sarrià	Hospital Clínic
			CSMA Gràcia	CSMIJ Gràcia (FETB)	
			CSMA Nou Barris Nord	CSMIJ Nou Barris	Sant Joan de Déu
			CSMA Nou Barris Sud - Fabra i Puig		
			CSMA Sant Andreu	CSMIJ Sant Andreu	

Annex 5

Distribució de bases i recursos del SEM

NOM_BASE	NOM_LOT_BASE	SVAM_TOT	SVAM_DIA	SVAM_NIT	SVAI_TOT	SVAI_TOT_4X4	SVAI_DIA	SVAI_NIT	VIR_TOT
Bellver de Cerdanya	Alt Pirineu								
El Pont de Suert	Alt Pirineu	1							
Esterri d'Àneu	Alt Pirineu								
Llavorsí	Alt Pirineu								
Oliana	Alt Pirineu								
La Pobla de Segur	Alt Pirineu								
Puigcerdà 1	Alt Pirineu	1							
Puigcerdà 2	Alt Pirineu								
Sort 1	Alt Pirineu	1							
Sort 2	Alt Pirineu								
La Seu d'Urgell 1	Alt Pirineu	1							
La Seu d'Urgell 2	Alt Pirineu								
Tremp 1	Alt Pirineu			1			1		
Tremp 2	Alt Pirineu								
Agramunt	Lleida								
Alcarràs	Lleida								1
Almacelles	Lleida								
Almenar	Lleida								
Artesa de Segre	Lleida								
Balaguer	Lleida	1							
Bellpuig	Lleida								
Les Borges Blanques	Lleida	1							
Cervera	Lleida								
La Granadella	Lleida								
Guissona	Lleida								
Lleida 1	Lleida				1				
Lleida 2	Lleida	1							
Lleida 3	Lleida								
Mollerussa	Lleida								
Ponts	Lleida				1				
Seròs	Lleida								
Tàrrrega	Lleida	1							
Alcover	Camp de Tarragona								1
Altafulla	Camp de Tarragona								
La Bisbal del Penedès	Camp de Tarragona								
Calafell 1	Camp de Tarragona								
Calafell 2	Camp de Tarragona								
Cambrils	Camp de Tarragona								1
Cornudella de Montsant	Camp de Tarragona								

VIR_TOT_RE	VIR_TOT_4X4	SVB_TOT	SVB_TOT_POLI	SVB_TOT_RE	SVB_TOT_4X4	SVB_DIA	SVB_DIA_PIUC	SVB_DIA_RE	SVB_MIXTE	SVB_MIXTE_PIUC	SVB_MIXTE_4X4	SVB_NIT	SVB_NIT_RE	SVB_NIT_RE_4X4
						1								
		1	1											
		1												
		1												
		1												
		1				1								
		1	1											
			1											
		1	1			1								
		1	1											
						1						1		
		1												
		1												
		1												
		1												
		1												
		1				1								
		1												
		1												
						1								
						1								
						1								
		1						1						
						1								
		1												
						1								
		1				1							1	
		1												

NOM_BASE	NOM_LOT_BASE	SVAM_TOT	SVAM_DIA	SVAM_NIT	SVAI_TOT	SVAI_TOT_4X4	SVAI_DIA	SVAI_NIT	VIR_TOT
Edifici 112	Camp de Tarragona				1				
L'Espluga de Francolí	Camp de Tarragona								
Falset	Camp de Tarragona								
Mont-Roig del Camp 1	Camp de Tarragona								
Mont-Roig del Camp 2	Camp de Tarragona								
Montblanc	Camp de Tarragona				1				
Prades	Camp de Tarragona								
Reus 1	Camp de Tarragona	1							
Reus 2	Camp de Tarragona								
Roda de Barà	Camp de Tarragona								
Salou	Camp de Tarragona								
Sarral	Camp de Tarragona								
Sta. Coloma Queralt	Camp de Tarragona								
Tarragona 1	Camp de Tarragona								
Tarragona 2	Camp de Tarragona								
Tarragona 3	Camp de Tarragona								
Tarragona 4	Camp de Tarragona								
Torredembarra	Camp de Tarragona								1
Valls	Camp de Tarragona								
Vandellòs i l'Hospitalet de l'Infant	Camp de Tarragona								
El Vendrell 1	Camp de Tarragona				1				
El Vendrell 2	Camp de Tarragona								
El Vendrell 3	Camp de Tarragona								
Vila-Rodona	Camp de Tarragona								
Vila-Seca 1	Camp de Tarragona								
Vila-seca 2	Camp de Tarragona								
Alcanar 1	Terres de l'Ebre								
Alcanar 2	Terres de l'Ebre								
L'Aldea	Terres de l'Ebre	1							
L'Ametlla de Mar	Terres de l'Ebre								1
L'Ampolla	Terres de l'Ebre								
Amposta	Terres de l'Ebre								
Batea	Terres de l'Ebre								
Deltebre	Terres de l'Ebre								
Flix	Terres de l'Ebre								
Gandesa	Terres de l'Ebre								
Horta de Sant Joan	Terres de l'Ebre								
Móra d'Ebre	Terres de l'Ebre				1				
Roquetes	Terres de l'Ebre	1							
Sant Carles de la Ràpita	Terres de l'Ebre								
Santa Bàrbara	Terres de l'Ebre								
La Sènia	Terres de l'Ebre								
Tortosa 1	Terres de l'Ebre								

NOM_BASE	NOM_LOT_BASE	SVAM_TOT	SVAM_DIA	SVAM_NIT	SVAL_TOT	SVAL_TOT_4X4	SVAL_DIA	SVAL_NIT	VIR_TOT
Tortosa 2	Terres de l'Ebre								
Ulldecona	Terres de l'Ebre								
Xerta	Terres de l'Ebre								
Artés	Catalunya Central								
Berga 1	Catalunya Central	1							
Berga 2	Catalunya Central								
Calaf	Catalunya Central								
Capellades	Catalunya Central								
Cardona	Catalunya Central								
Centelles	Catalunya Central								
Guardiola de Berguedà	Catalunya Central								
Igualada 1	Catalunya Central	1							
Igualada 2	Catalunya Central								
Manlleu	Catalunya Central								
Manresa 1	Catalunya Central	1							
Manresa 2	Catalunya Central				1				
Moià	Catalunya Central								
Olius	Catalunya Central								
Piera	Catalunya Central								
Prats de Lluçanès	Catalunya Central								
Puig-Reig	Catalunya Central								
Sallent	Catalunya Central								
Sant Fruitós de Bages	Catalunya Central								
Sant Joan de Vilatorrada	Catalunya Central								
Sant Llorenç de Morunys	Catalunya Central								
Sant Vicenç de Castellet	Catalunya Central								
Santa Margarida de Montbui	Catalunya Central								
Solsona	Catalunya Central	1							
Tona	Catalunya Central								
Torelló	Catalunya Central								
Vic 1	Catalunya Central	1							
Vic 2	Catalunya Central								
Vilanova del Camí	Catalunya Central								
Anglès	Girona								
Arbúcies	Girona				1				
Banyoles	Girona								
Besalú	Girona								
La Bisbal de Empordà 1	Girona								
La Bisbal de Empordà 2	Girona								1
Blanes 1	Girona	1							
Blanes 2	Girona								
Breda	Girona								
Cadaqués	Girona								
Calella 1	Girona	1							

NOM_BASE	NOM_LOT_BASE	SVAM_TOT	SVAM_DIA	SVAM_NIT	SVAI_TOT	SVAI_TOT_4X4	SVAI_DIA	SVAI_NIT	VIR_TOT
Calella 2	Girona								
Campdevàdol 1	Girona					1			
Campdevàdol 2	Girona								
Camprodon	Girona								
Canet de Mar	Girona								
Castell-Platja d'Aro	Girona								
Castelló d'Empúries	Girona								
L'Escala	Girona								
Figueres 1	Girona	1							
Figueres 2	Girona								
Girona 1	Girona								1
Girona 2	Girona								
La Jonquera	Girona								
Llagostera	Girona				1				
Llançà	Girona								
Lloret de Mar	Girona								
Maçanet de la Selva	Girona								
Malgrat de Mar	Girona								
Olot 1	Girona	1							
Olot 2	Girona								
Palafrugell	Girona								
Palamós 1	Girona				1				
Palamós 2	Girona								
Pineda de Mar	Girona								
Portbou	Girona								
Roses	Girona								
Salt 1	Girona	1							
Salt 2	Girona								
Sant Feliu de Guíxols	Girona								
Sant Hilari Sacalm	Girona								
Sant Joan de les Abadesses	Girona								
Santa Coloma de Farners	Girona								
Santa Susanna	Girona								
Tordera	Girona								
Torroella de Montgrí 1	Girona								
Torroella de Montgrí 2	Girona								
Tossa de Mar	Girona								
Abrera	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Cubelles	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Esparraguera	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Martorell 1	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord	1							

VIR_TOT_RE	VIR_TOT_4X4	SVB_TOT	SVB_TOT_POLI	SVB_TOT_RE	SVB_TOT_4X4	SVB_DIA	SVB_DIA_PIUC	SVB_DIA_RE	SVB_MIXTE	SVB_MIXTE_PIUC	SVB_MIXTE_4X4	SVB_NIT	SVB_NIT_RE	SVB_NIT_RE_4X4
		1						1						
					1									
					1									
						1								
				1										
						1		1						
		1												
		1				1								
		2												
		1												
		1												
1		1		1										
						1								
		1												
		1												
		1				1								
		1												
		1						1						
		1												
		1		1										
		1												
		1												
		1												
		1												
		1												
	1													
		1												
		1												
		1												
		1												
		1						1						
		1				1								
		1												
		1												

NOM_BASE	NOM_LOT_BASE	SVAM_TOT	SVAM_DIA	SVAM_NIT	SVAL_TOT	SVAL_TOT_4X4	SVAL_DIA	SVAL_NIT	VIR_TOT
Martorell 2	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Olesa de Montserrat	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Pallejà	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Sant Andreu de la Barca	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Sant Pere de Ribes 1	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								1
Sant Pere de Ribes 2	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Sant Quintí de Mediona	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Sant Sadurní d'Anoia	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Santa Margarida i els Monjos	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Sitges	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Vilafranca del Penedès 1	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord				1				
Vilafranca del Penedès 2	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Vilanova i la Geltrú 1	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord				1				
Vilanova i la Geltrú 2	Alt Penedès, Garraf i Baix Llobregat Nord								
Badia del Vallès	Vallès Occidental								
Barberà del Vallès	Vallès Occidental								
Castellar del Vallès	Vallès Occidental								
Castellbisbal	Vallès Occidental								
Cerdanyola	Vallès Occidental				1				
Ripollet	Vallès Occidental								
Rubí 1	Vallès Occidental				1				
Rubí 2	Vallès Occidental								
Sabadell 1	Vallès Occidental	1							1
Sabadell 2	Vallès Occidental								
Sabadell 3	Vallès Occidental								
Sant Cugat del Vallès	Vallès Occidental								
Santa Perpetua de Mogoda	Vallès Occidental								
Terrassa 1	Vallès Occidental				1				
Terrassa 2	Vallès Occidental	1							
Terrassa 3	Vallès Occidental								
Terrassa 4	Vallès Occidental								
Aiguafreda	Vallès Oriental								
Caldes de Montbui	Vallès Oriental								

VIR_TOT_RE	VIR_TOT_4X4	SVB_TOT	SVB_TOT_POLI	SVB_TOT_RE	SVB_TOT_4X4	SVB_DIA	SVB_DIA_PIUC	SVB_DIA_RE	SVB_MIXTE	SVB_MIXTE_PIUC	SVB_MIXTE_4X4	SVB_NIT	SVB_NIT_RE	SVB_NIT_RE_4X4
		2					1							
		1												
						1								
		1												
		1												
						1								
		1												
						1								
		1												
		2					1							
		2					1							
		2												
						1								
		1				1								
						1								
		2												
		1												
		2												
		3												
		1				2								
		2												
		1				1								
		1				2								
		1				1			1			1		
						1								
		1				1								

NOM_BASE	NOM_LOT_BASE	SVAM_TOT	SVAM_DIA	SVAM_NIT	SVAL_TOT	SVAL_TOT_4X4	SVAL_DIA	SVAL_NIT	VIR_TOT
Les Franqueses del Vallès	Vallès Oriental								
La Garriga	Vallès Oriental								
Granollers 1	Vallès Oriental	1							
Granollers 2	Vallès Oriental								
Lliçà d'Amunt	Vallès Oriental								
Llinars del Vallès	Vallès Oriental								
Mollet del Vallès 1	Vallès Oriental				1				
Mollet del Vallès 2	Vallès Oriental								1
Parets del Vallès	Vallès Oriental								
Sant Celoni 1	Vallès Oriental				1				
Sant Celoni 2	Vallès Oriental								
Begues	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
Castelldefels 1	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
Castelldefels 2	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
Cornellà de Llobregat	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet	1							
El Papiol	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
El Prat de Llobregat	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
Esplugues de Llobregat 2	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
Gavà	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
L'Hospitalet de Llobregat 1	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet				1				1
Molins de Rei	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
La Palma de Cervelló/Corbera de Llobregat	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
Sant Boi de Llobregat	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
Sant Feliu de Llobregat	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
Sant Joan Despí	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet				1				
Sant Just Desvern	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
Sant Vicenç dels Horts	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								1
Vallirana/Cervelló	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet								
Viladecans	Baix Llobregat Centre-Litoral i Hospitalet		1					1	
Barcelona 1	Barcelona Ciutat		1		1				

VIR_TOT_RE	VIR_TOT_4X4	SVB_TOT	SVB_TOT_POLI	SVB_TOT_RE	SVB_TOT_4X4	SVB_DIA	SVB_DIA_PIUC	SVB_DIA_RE	SVB_MIXTE	SVB_MIXTE_PIUC	SVB_MIXTE_4X4	SVB_NIT	SVB_NIT_RE	SVB_NIT_RE_4X4
		1												
		1												
		2												
						1								
		1												
		2												
		1												
						1								
		1												
		1												
				1										
		2												
		1				1								
						1								
		1				1								
		1												
		2												
		3				4	3							
		1												
		1												
		2				1								
		1												
		1												
		2												
		1												
		2												
		1												
		2												
		1				2								

NOM_BASE	NOM_LOT_BASE	SVAM_TOT	SVAM_DIA	SVAM_NIT	SVAI_TOT	SVAI_TOT_4X4	SVAI_DIA	SVAI_NIT	VIR_TOT
Barcelona 2	Barcelona Ciutat								
Barcelona 3	Barcelona Ciutat	1			1				
Barcelona 4	Barcelona Ciutat	1			1				1
Barcelona 5	Barcelona Ciutat	1							
Barcelona 6	Barcelona Ciutat	1			1				1
Barcelona 7	Barcelona Ciutat								
Barcelona 8	Barcelona Ciutat								
Barcelona 9	Barcelona Ciutat								
Barcelona 10	Barcelona Ciutat								
Barcelona 11	Barcelona Ciutat								
Barcelona 12	Barcelona Ciutat								
Barcelona 13	Barcelona Ciutat								
Barcelona 14	Barcelona Ciutat								
Barcelona 15	Barcelona Ciutat	1			1				
Montcada i Reixac	Barcelona Ciutat								
Alella/Masnou	Barcelona Nord i Maresme								
Arenys de Mar	Barcelona Nord i Maresme								
Arenys de Munt	Barcelona Nord i Maresme								
Badalona 1	Barcelona Nord i Maresme				1				
Badalona 2	Barcelona Nord i Maresme	1							
Badalona 3	Barcelona Nord i Maresme								
El Masnou	Barcelona Nord i Maresme								
Mataró 1	Barcelona Nord i Maresme	1							
Mataró 2	Barcelona Nord i Maresme								
Premià de Mar	Barcelona Nord i Maresme								
Sant Adrià de Besòs	Barcelona Nord i Maresme								
Santa Coloma de Gramenet	Barcelona Nord i Maresme								
Vilassar de Dalt	Barcelona Nord i Maresme								
Vilassar de Mar	Barcelona Nord i Maresme								

VIR_TOT_RE	VIR_TOT_4X4	SVB_TOT	SVB_TOT_POLI	SVB_TOT_RE	SVB_TOT_4X4	SVB_DIA	SVB_DIA_PIUC	SVB_DIA_RE	SVB_MIXTE	SVB_MIXTE_PIUC	SVB_MIXTE_4X4	SVB_NIT	SVB_NIT_RE	SVB_NIT_RE_4X4
		2				5								
		2				1								
		1				2								
						2								
		2				5								
		1				2								
						1								
		1				1								
		1				1								
		1												
						1								
		1				1								
		1				3								
		1												
		1												
						1								
		1												
		1				3						1		
		1												
		2				2					1	1		
		1												
		1												
		2				1			1					
		1												
		1												

Annex 6

Fitxes dels codis d'actuació: IAM, ictus, politrauma i sèpsia

Codi infart agut de miocardi

Antecedents i objectius

L'infart agut de miocardi (IAM) que cursa amb una major mortalitat és el que presenta una elevació del segment ST (IAMEST). El tractament es basa a aconseguir la reperfusió precoç de l'artèria afectada. Existeixen dos tipus de teràpia: la fibrinòlisi i l'angioplàstia coronària transluminal percutània (ACTP). L'eficàcia d'aquest darrer tractament és superior, sempre que el retard en l'obertura de l'artèria no sigui superior als 120 minuts en relació amb la possible realització de la fibrinòlisi.

Atès que el percentatge de casos tractats amb ACTP a Catalunya era baix (al voltant del 30% el 2006), el Pla director de malalties de l'aparell circulatori va posar en marxa l'any 2009 el Codi IAM, amb l'objectiu principal de millorar l'atenció urgent durant la fase aguda dels pacients amb sospita d'IAMEST, incrementar la proporció de casos tractats amb ACTP dins de l'interval de temps recomanat i reduir les diferències territorials.

Metodologia

El Codi IAM és un protocol d'actuació urgent que suposa l'activació d'un conjunt de dispositius assistencials que permeten l'atenció preferent en la fase aguda quan se sospita que un pacient pateix un IAMEST i és candidat a reperfusió immediata. El projecte es basa en la creació d'una xarxa multidisciplinària en què participen diferents centres i entitats, de diferents nivells assistencials, amb la finalitat d'integrar i coordinar les actuacions que cal dur a terme i definir les responsabilitats de tots els agents que hi participen, per tal de poder oferir al pacient el mateix tipus i qualitat assistencials amb independència tant del lloc i moment en què es presenta l'infart com del nivell assistencial o porta d'entrada del pacient al sistema sanitari.

La Instrucció 04/2009 del CatSalut recull el marc de constitució, desenvolupament, funcionament i ordenació de la xarxa, i designa els 10 hospitals de referència d'ACTP a Catalunya, amb capacitat de realitzar una ACTP primària i establir una sectorització del territori català. En el moment de la posada en marxa del Codi IAM, només 5 centres tenien capacitat per realitzar el tractament les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. Actualment, 9 centres tenen aquesta capacitat.

Atès que l'ACTP és el tractament d'elecció quan és possible realitzar-la abans de transcorreguts 120 minuts des del primer contacte mèdic, es va dissenyar i consensuar un protocol d'actuació dirigit a maximitzar el percentatge de casos en què s'aplica aquest tractament en el temps recomanat. Aquest protocol concedeix un paper clau al professional que atén el pacient en primera instància, ja que li permet activar el Codi IAM si es compleixen els criteris per fer-ho; i una vegada activat, si la realització de l'ACTP primària en el centre

de referència i en el temps previst és possible, es posen en marxa totes les actuacions previstes, i el SEM actua com a coordinador de tot el procés. L'hospital de referència adquireix l'obligació d'acceptar el pacient i traslladar-lo directament a hemodinàmica, mentre que el centre hospitalari amb UCI o unitat coronària més proper al domicili del pacient té l'obligació d'acceptar el seu retorn, una vegada s'ha realitzat el tractament i està estabilitzada la situació clínica.

Existeix un registre prospectiu i acumulatiu, que recull informació de tots els codis activats atesos en els 10 hospitals de la xarxa. Inclou dades sobre les característiques i situació clínica del pacient i del procés assistencial, tant en la primera assistència com en el centre de referència. Registra també la data i hora de cadascun dels punts clau dels processos assistencials, de manera que es poden monitorar els diferents intervals de temps per identificar potencials aspectes de millora.

Resultats

El nombre de codis activats s'ha anat incrementant des de l'inici, i l'any 2016 superarà les 3.800 activacions. En més del 80% d'aquests casos, l'activació del Codi IAM va ser considerada apropiada per l'hospital de referència, i en més del 90% d'aquests casos el tractament realitzat va ser l'ACTP primària.

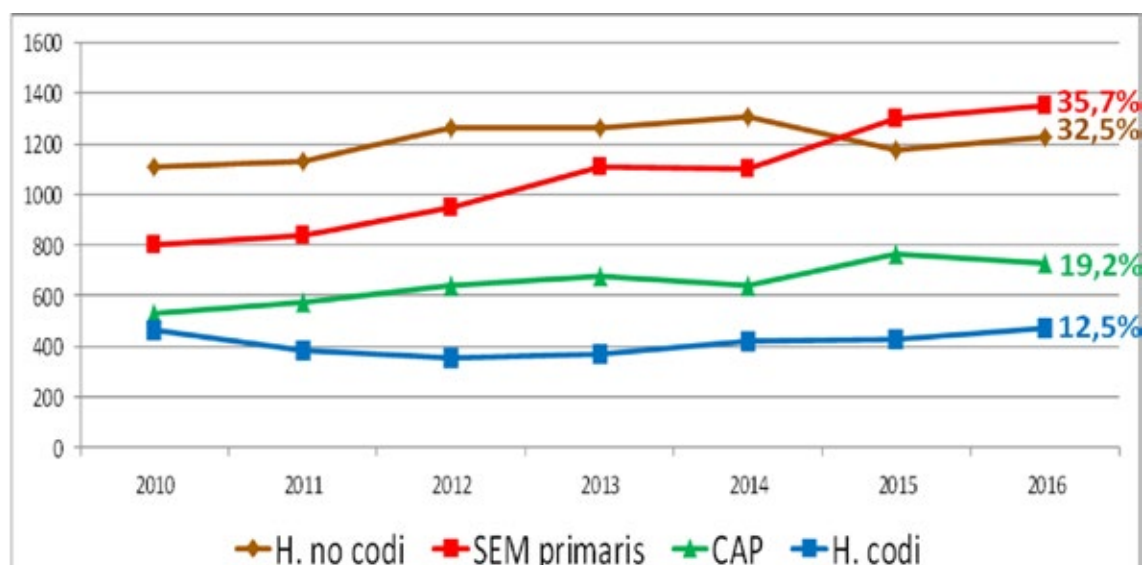
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016(*)	TOTAL
Codis activats	2.906	2.924	3.211	3.418	3.471	3.735	3.782	23.447
Taxa per milió hab.	387,5	389,9	428,1	455,7	462,8	498,0	504,3	446,6
Codis apropiats	2.462	2.479	2.749	2.797	2.853	3.001	3.090	19.431
% sobre activats	84,7	84,8	85,6	81,8	82,2	80,3	81,7	82,9
Taxa per milió hab.	328,3	330,5	366,5	372,9	380,4	400,1	412,0	370,1
ACTPp	2.091	2.152	2.414	2.469	2.562	2.723	2.787	17.198
% sobre codis apropiats	84,9	86,8	87,8	88,3	89,8	90,7	90,2	88,5
Taxa per milió hab.	278,8	286,9	321,9	329,2	341,6	363,1	371,6	327,6
% ACTPp < 120 min.	59	59,3	61,3	65,6	62,9	67,1	68,1	

(*) Dades provisionals.

El percentatge de casos en què el tractament s'ha realitzat dins dels 120 minuts des de la realització de l'ECG de primera assistència també s'ha anat incrementant i s'està aproximant al 70%. Aquesta dada cal considerar-la positivament, tenint en compte les diferències territorials existents.

El 75,5% dels casos corresponen a homes i el 24,5%, a dones. La mitjana d'edat és de 63 anys (DE: 13,7), superior en les dones (69,9 anys) en relació amb els homes (61,1 anys). Aproximadament, un 14% tenen 80 anys o més.

El percentatge d'activacions directament pel SEM també ha augmentat fins gairebé el 36%. Al voltant del 12,5% de casos acudeixen directament a urgències d'un dels hospitals de referència del Codi IAM, mentre que més del 50% han estat activats en altres centres assistencials (32,5% per centres hospitalaris que no són de referència i 19,2% des d'atenció primària).



La mortalitat als 30 dies s'ha anat reduint fins al 6,5% l'any 2013, i la mortalitat a l'any es va situar en un 9,8%.

Conclusions

El Codi IAM ha suposat una millora important en l'atenció als pacients amb IAMEST a Catalunya, per la qual cosa s'ha incrementat de forma molt important el percentatge de casos que han rebut el tractament d'elecció en el temps recomanat i s'ha reduït significativament la mortalitat als 30 dies. De totes maneres, s'identifiquen alguns territoris en què, per les seves característiques, és molt difícil poder garantir l'accés al tractament en el temps adequat i cal, per tant, revisar la recomanació del tractament adient en aquests casos. La implicació del SEM en el projecte i la participació de tots els agents implicats han estat elements clau de l'èxit assolit.

El registre s'ha constituït en un altre element clau del projecte, ja que permet disposar de dades detallades de tot el procés assistencial, tant en la fase prehospitalària com en l'hospitalària, i pels diferents centres i territoris. L'anàlisi de les dades i la seva discussió en el context del Comitè de Seguiment ha permès identificar dificultats i punts de millora, sobre alguns dels quals s'ha anat intervenint, com per exemple, amb l'ampliació de l'accessibilitat horària d'alguns centres, la millora dels temps de gestió interna tant dels hospitals amb Codi IAM com del SEM, la revisió dels protocols de retorn o el disseny d'eines per tal de reduir el temps fins a l'activació del Codi IAM en alguns centres assistencials.

Codi ictus

Antecedents i objectius

Es tracta d'un protocol d'emergència que permet identificar ràpidament els malalts amb ictus agut i les característiques clíniques determinades (criteris d'activació del Codi ictus) i traslladar-los, el més ràpidament possible, a l'hospital preparat més proper amb capacitat per avaluar-los, diagnosticar-los i tractar-los, si fos necessari, amb fàrmacs trombolítics, o per fer-ne la derivació a centres terciaris on s'administren les teràpies intravasculars. Els hospitals preparats per rebre pacients amb Codi ictus positius són 12 hospitals comarcals equipats amb Teleictus 2.0 i 14 hospitals de referència, repartits en 10 àrees geogràfiques, cadascuna de les quals té definida una xarxa pròpia amb fluxos de derivació que compten amb el suport del Sistema d'Emergències Mèdiques per tal d'escurçar el temps que passa entre l'inici de l'ictus i el tractament.

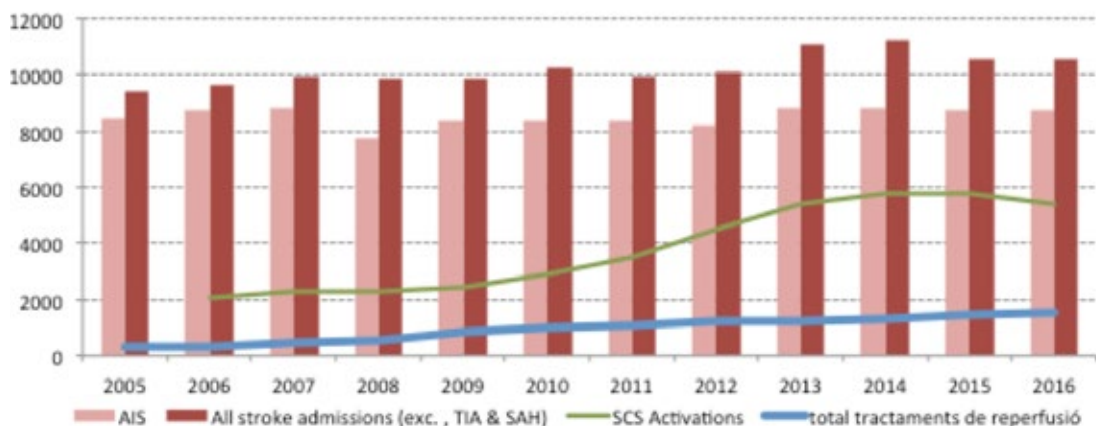
Cada any s'activen més de 5.000 codis ictus i, com a conseqüència, s'ha triplicat el nombre de persones afectades que reben els tractaments capaços de desembussar les artèries, xifra que supera el miler per any.

Metodologia i resultats

Codi ictus i Teleictus 2.0

A Catalunya, hi ha 14 centres de referència receptors de Codi ictus i 12 hospitals comarcals que avaluen pacients Codi ictus mitjançant el sistema Teleictus 2.0.

Des de la disseminació del Codi ictus a Catalunya, el 2006, s'ha produït un increment gradual i significatiu del nombre d'activacions del Codi ictus, per bé que el nombre d'ingressos es manté bàsicament estable.



El **sistema en línia d'informació de l'ictus agut (SONIIA)**, el **Registre de codis ictus de Catalunya (CICat)** i el **Registre Teleictus-Catalunya (TICat)** permeten realitzar el monitoratge i el seguiment de l'activitat terapèutica dels diferents centres.

El sistema en línia d'informació de l'ictus agut

Es va posar en marxa el gener de 2011 per fer un monitoratge continu de la qualitat de totes les teràpies de reperfusió aplicades en malats amb ictus isquèmic: trombòlisi intravenoses i teràpies de reperfusió endovasculars.

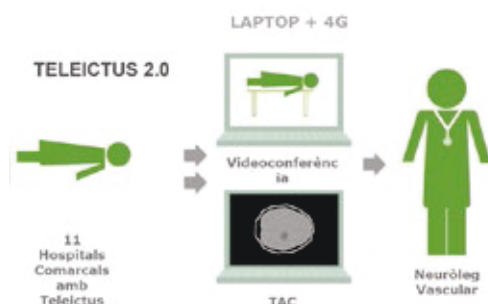
L'any 2016 s'han tractat més pacients amb ictus isquèmic i més ràpidament.

S'han realitzat un total de 1.570 tractaments de reperfusió en pacients amb ictus isquèmic. Ha augmentat tant el nombre de tractaments trombolítics intravenosos (TIV) com el d'endovasculars (TEV).

La xarxa Teleictus de Catalunya

El Teleictus té per objectiu reduir el temps entre l'ictus, l'avaluació experta i la presa de decisions terapèutiques a distància. En el període comprès entre el 4 de març de 2013 (desplegament de la xarxa de Teleictus 2.0 i inici d'activitat del Registre de Teleictus de Catalunya, TICat) fins al 31 de desembre de 2016 s'han avaluat per videoconferència un total de 1.604 pacients.

- **Durant l'any 2016, als hospitals comarcals connectats al Teleictus:**
 - S'han avaluat 397 pacients (videoconferència)**
 - S'han fet 200 trombòlisis intravenoses (116 amb Teleictus)**
 - S'han evitat 317 trasllats interhospitalaris**



El Registre de codis ictus de Catalunya

Des de febrer de 2016 està en funcionament el Registre CICat al qual s'inclouen tots els casos de codis ictus activats i té per objectiu avaluar el funcionament i la qualitat de les activacions del Codi ictus a tot el territori. Des de la implementació del Registre al febrer fins al 31 de desembre de 2016, s'han declarat al Registre 4.919 codis ictus.

- 3.038 activacions del Codi ictus són activacions primàries del SEM, és a dir, fetes directament pel SEM. Els hospitals comarcals sense Teleictus han fet 400 activacions que requereixen trasllat secundari cap als hospitals de referència (SEM secundaris).
- La mitjana de temps entre l'inici dels símptomes de l'ictus i l'arribada a l'hospital en els casos SEM primaris és de 100 minuts.
- La mitjana de temps porta – agulla en les TIV amb activació SEM 1 és de 35 minuts i de 33 minuts quan hi ha prenotificació de l'arribada.

Codi pacient politraumàtic

Antecedents i objectius

El Registre de traumatismes greus de Catalunya (TraumCat) és un registre poblacional hospitalari dissenyat en el marc d'una iniciativa de reordenació de l'assistència al traumatisme greu (politraumatisme) a Catalunya i que permet avaluar els diferents aspectes que envolten l'atenció al pacient politraumàtic (PPT) i els seus resultats. L'objectiu d'aquest primer informe és presentar una descripció de les principals dades registrades al TraumCat durant l'any 2014, en relació amb les característiques dels pacients, de l'accident, de l'assistència prehospitalària, de l'atenció hospitalària inicial, del diagnòstic principal i de la mortalitat, així com identificar els hospitals registradors i descriure la seva variabilitat.

Metodologia

El TraumCat va començar una fase pilot de recollida de casos el 2012, incloent-hi hospitals d'alta tecnologia. Posteriorment, es van incloure també hospitals amb capacitat de tractar trauma greu en diferents fases. A partir de 2013 es va implantar definitivament. Fins ara, han participat 18 dels principals hospitals de la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) que tracten pacients traumàtics greus a Catalunya. Les dades es recullen de forma prospectiva mitjançant un registre informatitzat a través d'Internet, dissenyat per la Gerència de Sistemes d'Informació del Servei Català de la Salut (CatSalut) i promogut pel Consorci Sanitari de Barcelona.

En el Registre s'inclouen els pacients traumàtics (inclosos cremats i ofegats) amb criteris d'activació del Codi pacient politraumàtic (Codi PPT: sistema de coordinació entre assistència prehospitalària i hospitalària) amb prioritat 0 (compromís fisiològic) o 1 (lesions anatòmiques evidents), pacients ingressats a l'UCI o intermedis per causa traumàtica, o pacients que moren després de l'ingrés hospitalari per causa traumàtica. Els codis PPT prioritat 2 (traumatisme d'alta energia) i 3 (característiques específiques del pacient) poden ser inclosos de forma discrecional al Registre per part dels hospitals.

El SEM adjudica un número d'afectat al Codi PPT activat, que comunica a l'hospital. Un cop realitzat el procés assistencial, l'hospital enregistra el cas al TraumCat. A través del número d'afectat, el TraumCat sol·licita al SEM la informació disponible de l'assistència prehospitalària, i el SEM li envia de forma automatitzada, via servei web. Amb tot això, el Registre estructura la informació en 7 nivells: informació del pacient; característiques de l'accident; assistència prehospitalària; atenció hospitalària inicial; diagnòstics, procediments i complicacions; itinerari assistencial i estada hospitalària, i indicadors predefinitos de qualitat assistencial. La gravetat de l'afectació fisiològica s'ha avaluat amb l'RTS (*revised trauma score*) per a la població adulta, i amb el PTI (*pediatric trauma index*) per a la població pediàtrica, en el moment de l'arribada a l'hospital.

Resultats de l'anàlisi 2014

Durant el 2014 han participat 18 hospitals i s'han registrat un total de 1.879 pacients, dels quals 236 van ser pediàtrics (edat < 16 anys).

Pel que fa a les característiques dels pacients registrats: un 71,4% dels pacients adults registrats han estat homes amb una mitjana d'edat de 44 anys (desviació estàndard [de]: 19), mentre que les dones han representat el 28,6% amb una mitjana d'edat de

50 anys (de: 22). Els pacients pediàtrics registrats de sexe masculí (nens) han estat el 58,5% i el 41,5% han estat nenes, tots dos amb una mitjana d'edat de 7 anys (de: 5).

Característiques de l'accident: dels 1.879 pacients registrats, disposem d'informació de l'accident de 1.412 (75%) pacients. Respecte al tipus d'accident, el traumatisme més freqüent entre els adults ha estat per accident de trànsit (45,5%), seguit per les precipitacions o caigudes (28,0%) i els atropellaments (10,7%). En la població pediàtrica, el tipus d'accident més comú han estat les precipitacions o caigudes (41,8%), seguit per les cremades (16,9%), els atropellaments (16,4%) i els accidents de trànsit (14,6%). En el 24,9% dels traumatismes de 2014, es desconeix el tipus d'accident que l'ha provocat (27% dels traumes adults i 9,8% dels pediàtrics).

Assistència prehospitalària: el Codi PPT s'ha activat prehospitalàriament en 1.176 (62,6%) pacients, dels quals 1.070 (65,1%) corresponen a població adulta i 106 (44,9%) pediàtrica. En 227 (12,1%) pacients no s'ha activat i en 476 (25,3%) no es disposa d'informació. Dels 227 pacients en els quals no s'ha activat prehospitalàriament el Codi PPT, 213 (93,8%) complien criteris hospitalaris per activar-lo, 188 (96,4%) van ser en població adulta i 25 (78,1%) en pediàtrica. Els criteris d'activació del Codi PPT dels 1.289 pacients en els quals finalment s'ha activat el Codi PPT han estat, en adults, 285 prioritat 0 (17,3%), 251 prioritat 1 (15,3%), 497 prioritat 2 (30,2%) i 98 prioritat 3 (6,0%); en nens, 47 prioritat 0 (19,9%), 38 prioritat 1 (16,1%), 50 prioritat 2 (21,2%) i 23 prioritat 3 (9,7%).

Atenció hospitalària inicial: dels 1.643 traumatismes registrats en pacients adults durant el 2014, s'ha pogut calcular la gravetat de l'afectació fisiològica en 725 (44,1%). L'RTS presenta una mitjana d'11 (de: 1), amb un mínim de 0 (màxima afectació) i un màxim de 12 (normalitat). En 58 (8,0%) l'RTS va ser menor de 8, en 90 (12,4%) entre 9 i 10 i en 577 (79,6%) va estar entre 11 i 12. Dels 236 traumatismes registrats en pacients pediàtrics durant el 2014, s'ha pogut calcular la gravetat de l'afectació fisiològica en 161 (68,2%). El PTI presenta una mitjana de 8,5 (de: 3), amb un mínim de -2 i un màxim de 12. En 5 (3,1%) el PTI va estar entre -3 i 0, en 57 (35,4%) entre 1 i 8 i en 99 (61,5%) va ser més gran de 8.

Diagnòstic principal: el 7,4% dels pacients registrats han presentat com a diagnòstic principal traumatisme cranioencefàlic (representa el 6,5% de tots els traumes adults i el 13,8% de tots els traumes pediàtrics). Pel que fa a les cremades, el 4,8% dels pacients registrats l'han presentat com a diagnòstic principal (2,9% en adults i 16,9% en pediàtrics), i només el 2,3% dels pacients registrats han presentat lesió medul·lar com a diagnòstic principal (2,4% en adults i 1,8% en pediàtrics).

Mortalitat: la mortalitat global dels 1.879 pacients totals registrats va ser de 129 (6,9%), en els adults 122 (7,4%) i 7 en els pediàtrics (3%).

Conclusions

El TraumCat permet avançar en el coneixement de la dimensió i en l'avaluació del procés assistencial al voltant del trauma greu a Catalunya. Ofereix, a més, la possibilitat d'identificar oportunitats de millora en l'atenció al pacient traumàtic, tal com ha mostrat l'anàlisi de les dades d'aquest informe, i podria arribar a ser una eina clau en la reordenació de l'atenció al pacient accidentat a Catalunya. El TraumCat fa possible la identificació de la incidència real de trauma greu a Catalunya, l'avaluació del procés assistencial en fase prehospitalària i hospitalària, l'avaluació sistemàtica i propostes de millora en determinats paràmetres preestablerts de qualitat assistencial (indicadors de procés), i permet definir propostes de millores organitzatives, materials, d'infraestructura tecnològica i de sistemes d'informació, així com

publicacions de resultats periòdics sistematitzats que permetin l'anàlisi comparativa entre centres, territoris, tipus de trauma, etc. Per tant, s'hauria d'incloure la recollida sistemàtica, a ser possible automatitzada i professionalitzada, d'informació entorn el procés assistencial del Codi PPT per tal de poder representar la dimensió real de la patologia i avaluar-ne les càrregues assistencials i els resultats.

Codi sèpsia

Antecedents i objectius

La sèpsia és una síndrome induïda per un procés infecciós (comunitari o nosocomial) que provoca disfunció orgànica aguda o aguditzada. Les sèpsies que cursen amb hipotensió, lactacidèmia o que requereixen drogues vasoactives per mantenir la perfusió tissular s'anomenen xoc sèptic. La incidència de sèpsia greu augmenta progressivament en els països industrialitzats i es podria situar entre 150 i 270 casos per 100.000 habitants i any. El cost associat al maneig de la sèpsia greu depèn de diversos factors, i augmenta de forma exponencial amb el nombre d'òrgans que fracassen. La seva letalitat està al voltant del 20-30%, i està afectada per factors no modificables (característiques del pacient, focus d'infecció, microorganisme responsable) i per factors modificables, els més importants dels quals és el temps a restaurar la perfusió tissular i l'adequació en el maneig del focus sèptic (temps a l'inici del tractament antibiòtic, adequació de la cobertura empírica i drenatge, si escau, del focus sèptic).

A Catalunya, la sèpsia va afectar entre l'any 2008 i el 2012 gairebé 80.000 pacients, amb una mitjana de més de 16.000 pacients/any, la qual cosa mostra un continu increment anual. D'aquests, s'estima que fins un 25% poden requerir atenció en unitats de cures intensives (UCI). La sèpsia d'adquisició comunitària pot ser responsable de fins a 47 ingressos a l'UCI/100.000 habitants i en relació amb la seva estada ocupen dos llits d'UCI al dia/100.000 habitants. Malgrat això, prop d'un 40% d'hospitals a Catalunya no disposen d'UCI, això justifica els esforços per coordinar els dispositius assistencials per donar cobertura als pacients que presenten una sèpsia o un xoc sèptic en aquests hospitals de baixa complexitat.

Metodologia de treball

Durant el període 2002-2010 diferents grups han treballat a Catalunya circuits assistencials i recursos docents per millorar l'atenció al pacient amb sèpsia greu. Arran d'aquestes iniciatives, s'inicien els contactes dintre de la Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica (SOCMIC) per generar un Codi sèpsia interhospitalari que doni cobertura a tots els pacients del sistema sanitari, independentment del lloc de primera atenció. Es crea el Grup de treball de sèpsia per la SOCMIC l'any 2012, que evoluciona fins a la formació de la Comissió Assesora en l'Atenció al Pacient amb Sèpsia (CAAPAS) l'any 2014.

Aquesta Comissió està integrada per 7 societats científiques catalanes representatives dels àmbits d'intensius (Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica, SOCMIC), urgències (Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències, SOCMUE), medicina interna (Societat Catalanoblear de Medicina Interna, SCMI), cirurgia (Societat Catalana de Cirurgia), infeccioses (Societat Catalana de Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica, SC-MIMC), medicina familiar (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, CAMFIC) i pediatria (Societat Catalana de Pediatria), avalades per les seves juntes de govern, amb la col·laboració del SEM (Servei d'Emergències Mèdiques, encarregats de l'atenció extrahospitalària emergent i del trasllat interhospitalari dels pacients crítics) i amb representació del CatSalut.

Les recomanacions de la CAAPAS per a l'atenció al pacient amb sèpsia greu s'han assumit pel CatSalut per estructurar el Codi sèpsia, publicat com a instrucció operativa per tots els hospitals del sistema públic català (Instrucció 11/2015, de 8 d'octubre de 2015).

Es va fer una implantació pilot del Codi sèpsia prèvia a la Instrucció en els territoris del Barcelonès Nord Maresme – Alt Maresme i Vallès Oriental i Occidental, que va ajudar a millorar els instruments de la fase de detecció-activació del Codi sèpsia. Els grups de treball d'aquests territoris van acordar recollir un mínim de dades per validar les primeres de l'atenció als pacients, la detecció i la ressuscitació (control del focus sèptic, millora de la volèmia, monitoratge d'objectius i valoració ingrés a UCI/UCIP).

Resultats del pla pilot

Els indicadors fruit de les dades recollides de forma voluntària durant 6 mesos sobre una part de la població atesa per sèpsia (< 30% casos esperats en aquests territoris) en els diferents hospitals, van aportar informació i validar característiques esperades en adults i nens com són franges d'edat predominants, procedència dels casos (comunitat-hospital), focus de detecció (infecció) més freqüent, maneig mèdic o quirúrgic dels pacients, la supervivència o l'activació del Codi sèpsia amb criteris o sense.

Segons el criteri de cas utilitzat a l'anàlisi de dades 2008-2012, en els dos últims anys dels quals disposem de dades CMBD-AH hi han hagut:

Total Catalunya 2014			Total Catalunya 2015		
0-15 a.	15 o més		0-15 a.	15 o més	
478	22.255	22.733	452	23.631	24.083

La Instrucció 11/2015 del CatSalut (realitzada, com dèiem, després del pla pilot) estableix el model d'atenció i la coordinació entre els diferents nivells i dispositius per a l'atenció a pacients adults o pediàtrics amb sèpsia greu mitjançant un nou codi d'emergències, el Codi sèpsia greu.

L'objectiu general del Codi sèpsia greu és facilitar la detecció precoç i atenció inicial als pacients amb sèpsia en format de codi de risc vital, entès com a maneig seqüencial temps-dependent amb coordinació interhospitalària.

Els objectius específics del Codi sèpsia greu són:

- Sensibilitzar i formar el personal assistencial en la importància de la detecció i el maneig precoç de la sèpsia greu.
- Validar els elements per a la detecció i atenció precoç als pacients amb sèpsia greu.
- Estandarditzar el maneig inicial (ressuscitació) i identificar criteris de gravetat i mala evolució.
- Validar els criteris i circuits que estructurin la coordinació interhospitalària a fi d'ubicar el pacient al nivell assistencial adient.
- Fer el seguiment i l'avaluació de l'activitat realitzada per millorar el procés i el resultat.

Conclusions

L'ordenació, activació i coordinació de tots els recursos necessaris han de permetre la millora de la detecció i l'inici del tractament precoç revertint la progressió de la disfunció multiorgànica generada per l'evolució de les infeccions que es presenten com a sèpsia greu.

Registre del Codi sèpsia

És necessari establir un sistema de seguiment i avaluació de l'atenció i del procés assistencial, a l'efecte de detectar possibles millores i proposar les mesures corresponents, i millorar la qualitat i els resultats.

L'objectiu del Registre ha de ser l'avaluació de les actuacions que permetin fer propostes de millora en la detecció i atenció dels pacients a la comunitat, en els centres hospitalaris, així com en el conjunt del sistema sanitari.

Es proposa la captura automatitzada dels indicadors d'individu, episodi i resultat, a partir dels registres existents CMBD-AH, CMBD-UR i el seu tractament en el mòdul de seguiment d'indicadors de qualitat (MSIQ), arran de la proposta treballada pel Grup de registre de la Comissió Assessora.

Anàlisi dels professionals del Comitè d'Experts

L'organització dels serveis d'urgències hospitalàries (SUH), tant en recursos com en professionals, és fonamental perquè aquests puguin realitzar la seva missió de forma eficaç i eficient. Les característiques dels metges que treballen en els SUH són poc conegudes. D'una banda, a l'Estat espanyol no existeix l'especialitat de medicina d'urgències i emergències que els homogeneïtzi. I de l'altra, i en part com a conseqüència d'això, els metges dels SUH tenen un recanvi laboral més augmentat que en la majoria de serveis.

En l'estudi SUHCAT, en el qual van participar 79 dels 82 SUH de Catalunya, es va objectivar que la forma predominant d'organització és com a servei (69,6%), la categoria més freqüent que té el màxim responsable és de cap de servei (53,2%), seguida de coordinador (29,1%). El nombre de comandaments intermedis oscil·la entre 0 i 6 (mitjana 0). El 77,2% de SUH de Catalunya disposen d'un sistema estructurat de triatge i, en pràcticament dues terceres parts, el sistema utilitzat és el model andorrà de triatge (MAT). Probablement, la falta d'especialitat fa que en la majoria d'aquests casos el triatge comparteixi aquest paper organitzatiu amb l'especialitat relacionada amb el motiu de consulta a urgències, cosa que no succeeix en els països que compten amb l'especialitat, en la qual els circuits depenen exclusivament de la prioritització del triatge.

Una realitat que crida l'atenció és que, a pesar que el ritme d'arribada dels pacients al SUH mostra fluctuacions al llarg del dia, la dotació de metges i infermers es manté constant amb escasses fluctuacions. Únicament, la dotació de residents, que creix en horari de tarda i nit, mostra canvis destacables, encara que aquesta fluctuació es veu compensada per una menor presència de metges facultatius. Aquest fet es contraposa al que s'observa en la majoria de països que compten amb l'especialitat on el treball s'estableix sempre a torns que s'ajusten a la cadència d'arribada dels pacients. Un factor que pot influir és la presència d'àrees d'observació en el 59% dels serveis d'urgències.

Destaca, en el cas dels metges, que només la meitat del temps contractat el realitzen metges amb contractes directament vinculats a urgències (i més d'una quarta part no són indefinits). A més, s'ha de tenir en compte que en una jornada ordinària d'un treballador d'urgències encara és molt habitual afegir guàrdies addicionals a aquestes jornades per complementar aquest salari. Una organització pura a torns que cobreixi completament les 24 hores del dia, els 7 dies de la setmana, implica que part del treball es farà en horari nocturn o festiu, i que els horaris siguin canviants. Per aquest motiu, la seva implantació ha d'associar-se imprescindiblement al reconeixement dels conceptes de nocturnitat, festivitat i torns, respectivament, que resulti en un salari equivalent a l'actual torn de matí amb el complement de guàrdies.

La gran dispersió d'especialitats que hi ha treballant en els serveis d'urgències demostra el caràcter transversal i multidisciplinari de l'especialitat, a la vegada que justifica la necessitat de la seva creació.

Informe sobre el nivell de triatge hospitalari (2016)

Resum executiu

- Les urgències hospitalàries amb risc vital immediat (triatge 1) representen el 0,2%, amb risc vital previsible (triatge 2) el 4,9% i amb risc vital potencial (triatge 3) el 31,5%.
- Les urgències amb **triatge 1**: el 55% necessiten ingrés (al mateix centre o en un altre) i un 8% moren (la mortalitat al servei d'urgències és inferior al 0,1%). Són donats d'alta (al domicili, residència, etc.) un 34,8%, hi ha una gran variabilitat segons el centre (0% al 80%), sovint hi ha un nombre molt baix d'aquest tipus d'urgències la qual cosa fa difícil valorar els percentatges. La causa més freqüent són les lesions i intoxicacions (51% són donats d'alta) i les patologies de l'aparell circulatori (només són donats d'alta el 9%), seguides a distància de les malalties del sistema nerviós i de l'aparell respiratori.
- Els hospitals amb percentatges més elevats de **triatge 1** són els hospitals: Mar (1,1%), Clínic (0,8%), Sant Pau (0,6%) i els de Sabadell i Dr. Trueta de Girona (0,4%).
- Les urgències amb **triatge 2**: el 48,2% necessiten ingrés (al mateix centre o en un altre) i un 0,6% moren. Són donats d'alta un 49,8%, hi ha una gran variabilitat segons el centre (20% al 60%). En alguns centres hi ha un nombre molt baix d'aquest tipus d'urgències. Els principals motius són patologies de l'aparell circulatori i complicacions del part i el puerperi, seguides de les malalties respiratòries, lesions i intoxicacions, i símptomes, signes i afeccions mal definides. Entre les patologies més freqüents, les que tenen un percentatge més elevat d'alta són les lesions i intoxicacions (62,2%) i els símptomes i signes mal definits (71,4%). Les patologies amb més necessitat d'ingressar són les neoplàsies (56,6%), les malalties respiratòries (56,6%), les malalties de la sang i els òrgans hematopoètics (56,4%), les malalties infeccioses (55,2%) i les complicacions de l'embaràs i el puerperi (54,1%).
- Els hospitals amb percentatges més elevats de **triatge 2** són els hospitals: Vic (16,1%), Sant Pau (14,2%), Arnau de Vilanova (12,2%), Clínic (11,1%) i Sant Joan de Déu d'Esplugues (11,0%).
- Les urgències amb **triatge 3**: el 24,0% necessiten ingrés (al mateix centre o en un altre) i un 0,1% moren. Són donats d'alta un 73,3%. Les patologies més freqüents són les que tenen percentatges més elevats d'altas a domicili, les lesions i intoxicacions (81,6%), les malalties de l'aparell respiratori (66%) i els símptomes, signes i afeccions mal definides (83,5%), mentre que les patologies que presenten més necessitat d'ingressar són menys freqüents, les neoplàsies (54,7%), les malalties de la sang i els òrgans hematopoètics (39%) i les malalties de l'aparell circulatori (37%).
- Els hospitals amb percentatges més grans de triatge 3 són els hospitals: Verge de la Cinta (59,9%), Vic (57,9%) i Moisès Broggi (52,3%).
- Els hospitals amb percentatges més elevats d'urgències amb risc vital (triatge 1, 2 i 3) són: Vic (74%), Verge de la Cinta (66,8%), Moisès Broggi (60,0%), Mar (54,5%), Clínic (53,8%), Campdevàrol (52,6%) i Arnau de Vilanova (51,6%).

Introducció

A Catalunya es va optar per implantar un sistema únic de prioritització i gestió de les urgències, el model andorrà de triatge (MAT), i el CMBD-UR, des de la seva posada en funcionament, recull aquestes dades a la variable “nivell de triatge”, amb els valors següents:

1. Situacions que requereixen ressuscitació amb risc vital immediat (atenció immediata)
2. Situacions molt urgents, de risc vital previsible
3. Situacions d'urgència, de potencial risc vital
4. Situacions de menor urgència, potencialment complexes, però sense risc vital
5. Situacions no urgents, que permeten una demora de l'atenció, poden ser programades sense risc per al malalt

Aquesta informació l'han de recollir els hospitals tan bon punt el malalt arriba al servei d'urgències, i els centres d'atenció primària d'alta resolució (CUAP o similars) quan atenen els pacients en el centre assistencial, però estan exclosos de notificar-la en les activitats que es realitzen al domicili del pacient o es fa una atenció telefònica. El SEM tampoc l'ha de notificar, ja que ells tenen un sistema de prioritització propi.

El nivell de triatge està pensat per ajudar a prioritzar les cues d'urgències, que sol ser un problema important en els hospitals grans amb molta freqüentació. En hospital petits, rurals o en determinats CUAP o similars, en què no es generen cues i, per tant, no hi ha una necessitat de prioritzar l'atenció de les urgències, no se segueix el procediment de triatge, i sovint la notificació queda en blanc. En aquesta situació, s'ha demanat que seguint els nivells d'urgència especificat pel MAT notifiquin una aproximació, des d'un punt de vista clínic, que permeti identificar el nivell d'urgència dels casos atesos.

Per tal de poder presentar dades el més consistents possible, en aquest informe només s'analitzen les dades notificades pels serveis d'urgències hospitalàries, que corresponen a un tancament **provisional de l'any 2016**, ja que abans de fer el tancament anual s'ha detectat una infranotificació de les dades en uns quants centres, i s'està pendent d'obtenir aquestes dades per poder tancar de manera correcta l'any.

Material i mètodes

Es presenta una anàlisi descriptiva del nivell de triatge notificat pels hospitals. Per a l'elaboració de l'informe s'han utilitzat les **dades provisionals** de l'any 2016.

S'ha analitzat la qualitat de notificació de la variable **nivell de triatge** dels hospitals, i s'ha observat que el percentatge de no enregistrats o erronis per a aquesta variable és de l'1,8%.

Taula 1. Qualitat de la variable de nivell de triatge per hospital, 2016

Hospital	% NE o erronis
00634 Centre Hospitalari (Althaia)	0,0
00707 Espitau Val d'Aran	0,0
00718 Hospital Clínic de Barcelona	0,0
00733 Hospital de l'Esperança	0,0
00734 Fundació Hospital de l'Esperit Sant	0,0
00743 Hospital de Sant Celoni	0,0
00746 Hospital del Mar (Parc Salut Mar)	0,0
00757 Hospital Comarcal de Sant Bernabé	0,0
00762 Hosp. d'Olot i Comarcal de la Garrotxa	0,0
00827 Hospital Plató	0,0
01012 Hospital Comarcal de l'Alt Penedès	0,0
00916 Hospital d'Igualada del CSA	0,0
00833 Hospital Universitari Sagrat Cor	0,0
00765 Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues Ll.)	0,1
00745 Hospital General de Vic	0,2
00908 Hospital de Mollet	0,3
00744 Hospital de Terrassa	0,3
00723 Hospital de Campdevàrol	0,6
00086 Hospital Verge de la Cinta de Tortosa	0,6
04373 Hospital del Vendrell	0,7
00826 Pius Hospital de Valls	0,8
00742 HG Parc Sanitari S. Joan Déu (S. Boi Ll.)	0,8
00750 Hospital General de Granollers	0,9
00756 Fundació H.C. Sant Antoni Abat-Urgències	0,9
00100 Hospital U. Doctor Josep Trueta de Girona	1,0
01425 Hospital de Mataró	1,0
00772 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	1,0
07493 Hospital de la Cerdanya	1,0
00739 Hospital de Palamós	1,0
00770 Hospital Santa Caterina	1,1
00754 Fundació Hospital Residència Sant Camil	1,2
00764 Hospital Sant Joan de Déu (Martorell)	1,4
00741 Hospital de Sabadell	1,4
00767 Hospital Sant Pau i Santa Tecla	1,6
00732 Fundació Sant Hospital	1,7
00146 Hospital Sant Llorenç de Viladecans	1,7
00729 Hospital Mútua de Terrassa	1,8
00753 Hospital Municipal de Badalona	1,8

00726 Hospital Dos de Maig (Barcelona)	2,0
05994 CSI H. de l'Hospitalet-H. Moisès Broggi	2,4
00148 Hospital Universitari de Bellvitge	2,5
00763 Hospital Universitari Sant Joan de Reus	2,5
00737 Hospital Comarcal Móra d'Ebre	2,6
00777 Fundació Puigvert-IUNA	2,7
00836 Clínica Terres de l'Ebre	2,8
00748 Hospital Comarcal del Pallars	3,3
00719 Hospital Comarcal de Blanes	3,4
00975 Hospital Comarcal d'Amposta	3,4
00272 H. U. Germans Trias i Pujol de Badalona	3,7
00759 H. C. Sant Jaume Calella	3,8
00039 Hospital Univ. Joan XXIII de Tarragona	4,0
00725 Hospital General de l'Hospitalet de Llobregat	4,3
06046 Hospital Universitari Vall d'Hebron	4,6
00001 Hospital U. Arnau de Vilanova de Lleida	4,8
00724 Hospital de Figueres	4,9

Hi ha 3 hospitals en què el percentatge de no enregistrats o erronis és superior al 95% i s'han exclòs de l'anàlisi:

- Clínica Girona, que no fa triatge i notifica una cinquantena d'urgències anuals que corresponen a l'activitat finançada pel CatSalut.
- Salus Infirmorum, notifica a través d'e-CAP, i malgrat tenir la possibilitat de notificar el nivell de triatge de les urgències ateses, no ho fa. Té una activitat d'aproximadament 4.500 urgències/any.
- Hospital Santa Maria, notifica el triatge en un 5% de les urgències, n'assisteix prop de 4.000/any, però en la seva majoria són urgències psiquiàtriques.

També s'han exclòs:

- L'Hospital de l'Esperança perquè a partir del mes d'abril deixa d'atendre urgències hospitalàries generals i atén només les oftalmològiques (aproximadament 5.500 urgències). En els seus locals s'instal·la provisionalment el CUAP Gràcia.
- Les urgències que arriben als hospital en aturada cardiorespiratòria irreversible.

A les figures, s'han ressaltat amb negreta els hospitals sentinella del PIUC.

Les dades s'analitzen en relació amb la **situació del malalt a l'alta**, el Registre del CMBD-UR recull els supòsits següents:

- o Alta amb derivació posttriatge
- 1 Alta (amb o sense control posterior)
- 2 Ingrés al mateix centre
- 3 Alta amb derivació postassistència
- 4 Alta voluntària

- 5 Evasió o alta administrativa
- 6 Defunció
- 7 Ingrés domiciliari
- 8 Arribada amb aturada cardiorespiratòria irreversible

Per tal de facilitar l'anàlisi s'han agrupat algunes categories d'aquesta variable considerant:

- **alta al domicili:** valors 0 i 1, ja que les derivacions posttriatge hospitalàries són d'urgències sense risc vital.
- **ingrés:** ingrés al mateix centre i ingrés domiciliari.
- **evasió:** alta voluntària i evasió o alta administrativa.

L'**anàlisi de la patologia** atesa als serveis d'urgències hospitalàries s'ha fet utilitzant els grans grups de CCS (*clinical classifications software*) de l'Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ), que agrupa les 285 categories de codis CIM-9-MC en 17 grans grups i un de residual.

Resultats

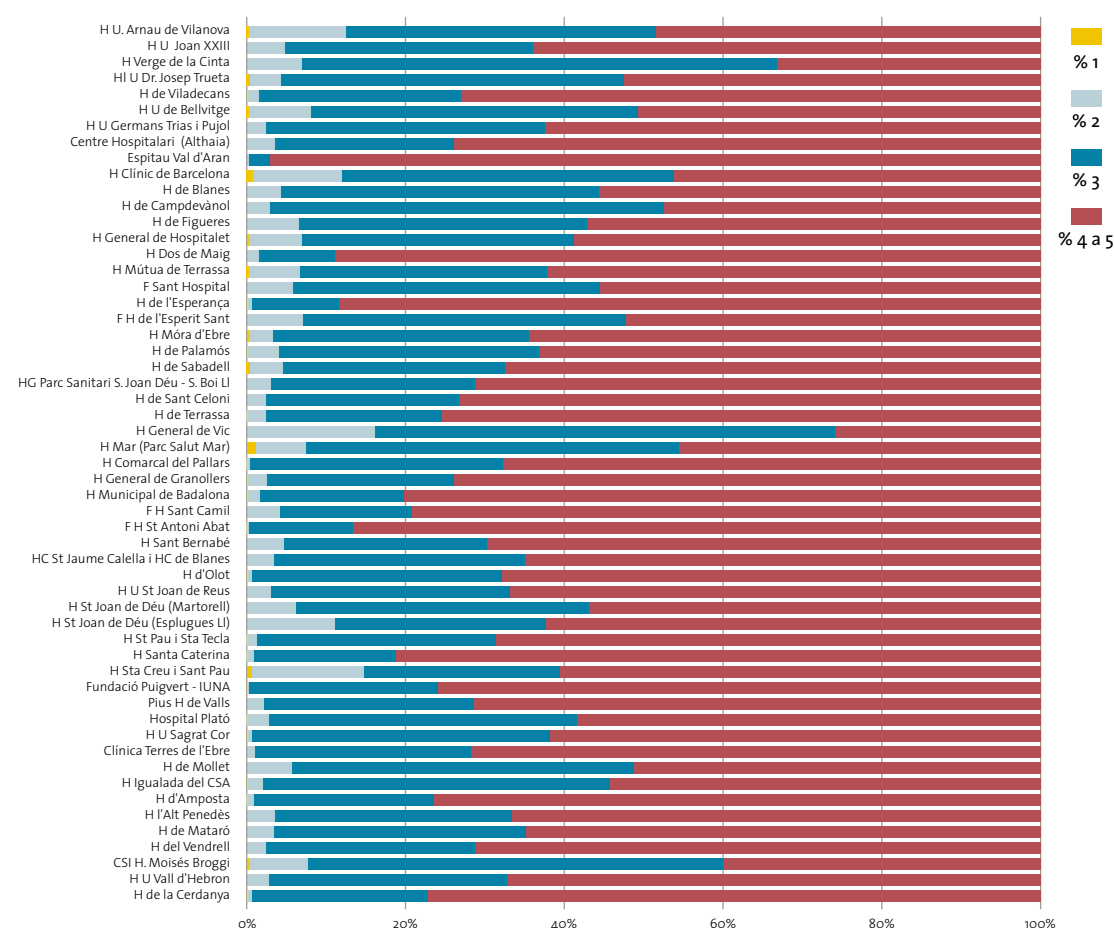
La figura 1 presenta la variabilitat en la distribució dels nivells de triatge segons l'hospital, els hospitals haurien de concentrar les urgències amb un nivell de triatge amb risc vital (1, 2 i 3), globalment, en aquests hospitals aquestes urgències representen un 36,6%, però s'observen importants diferències entre centres.

Les urgències amb **nivell de triatge 1** representen un 0,2% de les urgències, aquest percentatge és superior a l'Hospital del Mar (1,1%), H. Clínic (0,8%), H. Sant Pau (0,6%) i els hospitals de Sabadell i Dr. Trueta (0,4%).

Les de **nivell de triatge 2** representen el 4,9% de les urgències, però és superior al 10% en els hospitals següents: H. de Vic (16,1%), H. St. Pau (14,2%), H. Arnau de Vilanova (12,2%), H. Clínic (11,1%) i H. Sant Joan de Déu d'Esplugues (11,0%).

Les de **nivell de triatge 3** representen el 31,5% de les urgències, però és superior al 50% en els hospitals següents: H. Verge de la Cinta (59,9%), H. de Vic (57,9%) i H. Moisès Broggi (52,3%).

Figura 1. Nivell de triatge per hospital, 2016



Tenint en compte els tres nivells de triatge, les urgències amb risc vital globalment representen el 36,6%, però hi ha hospitals on aquest percentatge és superior al 50%: H. de Vic (74,2%), H. Verge de la Cinta (66,8%), H. Moisès Broggi (60,0%), H. Clínic (53,8%), H. de Campdevànol (52,6%) i H. Arnau de Vilanova (51,6%).

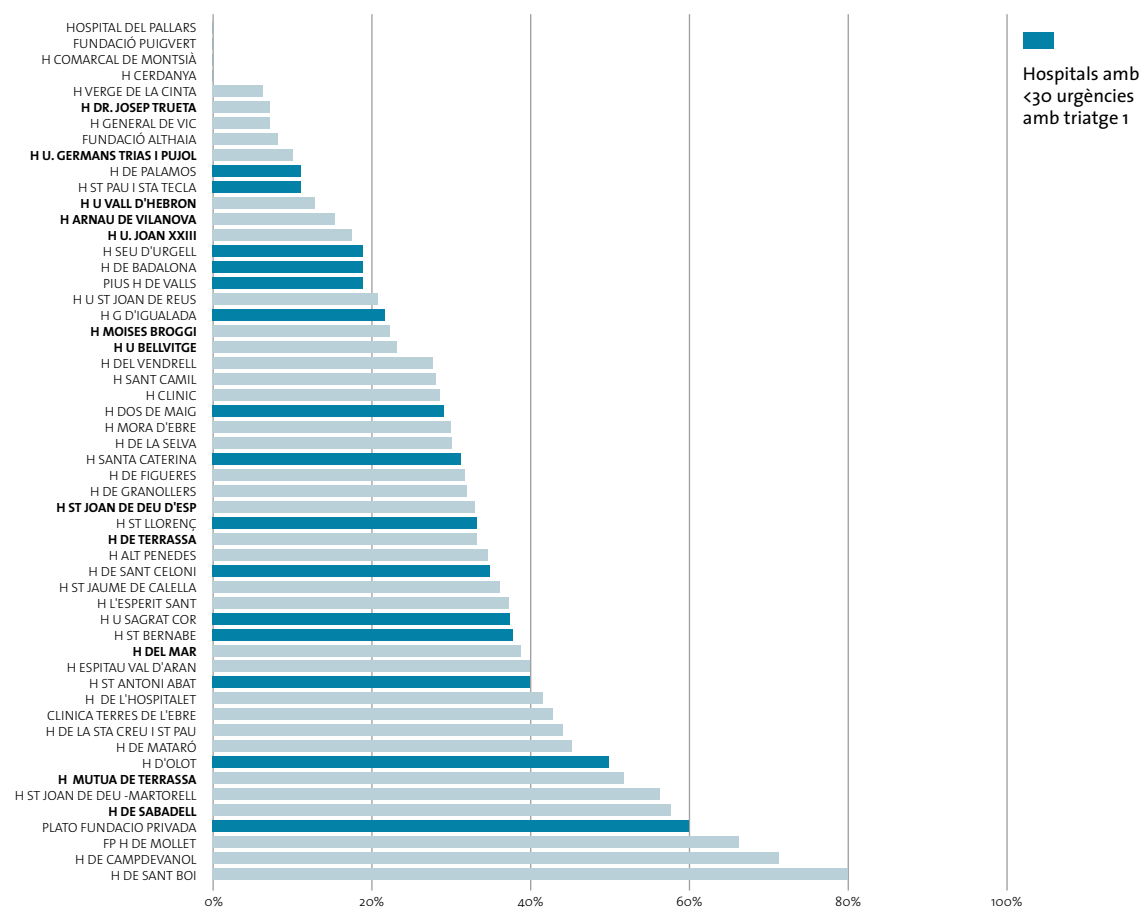
El fet que l'Hospital de Vic atengui un percentatge més elevat de pacients amb risc vital que altres hospitals d'alta complexitat pot ser degut a com tenen organitzada l'atenció de les urgències, dins del servei d'urgències hospitalàries hi ha un CUAP, que comparteix el triatge amb l'hospital, i quan es tracta d'urgències sense risc vital, ja no solen passar a l'hospital i són derivades directament al CUAP. Els hospitals d'Igualada i de Figueres tenen un model semblant, però els resultats no són comparables, ja que les urgències amb risc vital no arriben al 50% (45,9% i 42,8%, respectivament).

Anàlisi per nivell de triatge

Triage 1 amb risc vital immediat

L'any 2016, les urgències amb nivell de triatge 1 han estat 6.898, que representen el 0,2% de les urgències hospitalàries. Hi ha centres que veuen un nombre molt baix d'aquestes urgències, per aquest motiu, quan són inferiors a 30 urgències s'han marcat amb un color diferent a la figura (en blau). D'aquestes urgències, prop del 35% (2.364 urgències) són donades d'alta al domicili des del servei d'urgències.

Figura 2. Percentatge d'altres al domicili de les urgències amb nivell de triatge 1 per hospital, 2016



Aquest percentatge presenta una gran variabilitat, de menys d'un 1% a més del 80%. S'entén que hi poden haver urgències que necessiten ser tractades amb gran immediatesa i que mitjançant una maniobra o un tractament es poden solucionar i el pacient pot ser donat d'alta amb relativament poc temps (maniobra de Heimlich) o que han estat en observació per un traumatisme cranioencefàlic.

Aquest grup d'urgències, globalment, tenen un alt percentatge d'ingrés (47,5%; 3.223 urgències), tot i que molt pocs casos són derivació posttractament a un altre centre assistencial (8,2%; 558 urgències). La proporció dels que moren a urgències (8,0%; 546 urgències) és molt elevada en relació amb la mortalitat global a urgències (inferior al 0,1%). En aquest darrer cas, com en les altes al domicili, també hi ha una gran variabilitat entre centres (figura 3).

Figura 3. Situació a l'alta de les urgències amb nivell de triatge 1 per hospital, 2016

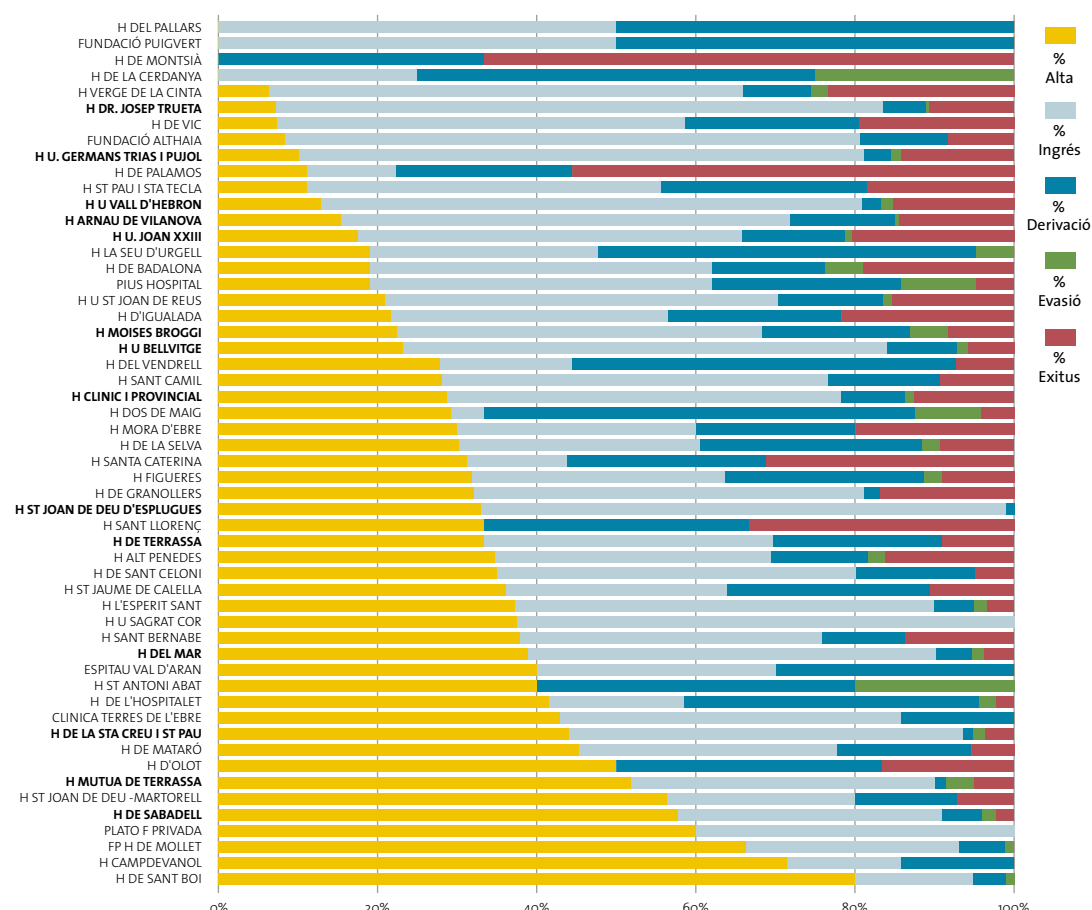
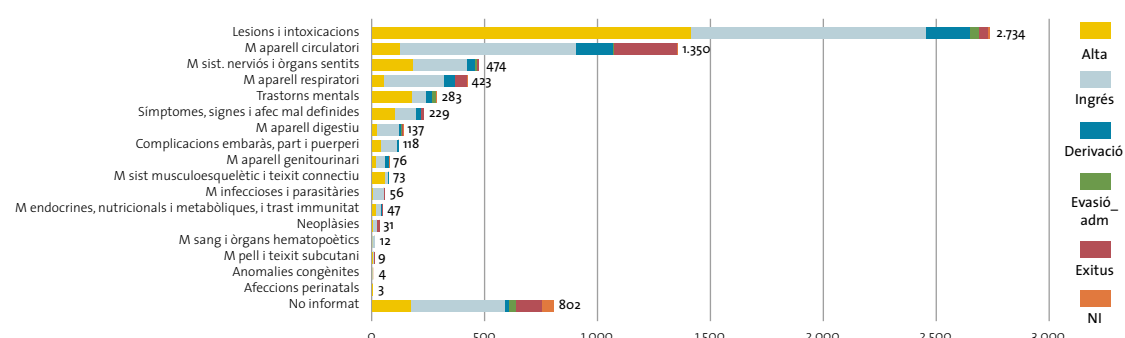


Figura 4. Tipus de patologia de les urgències amb nivell de triatge 1 segons la situació a l'alta, 2016



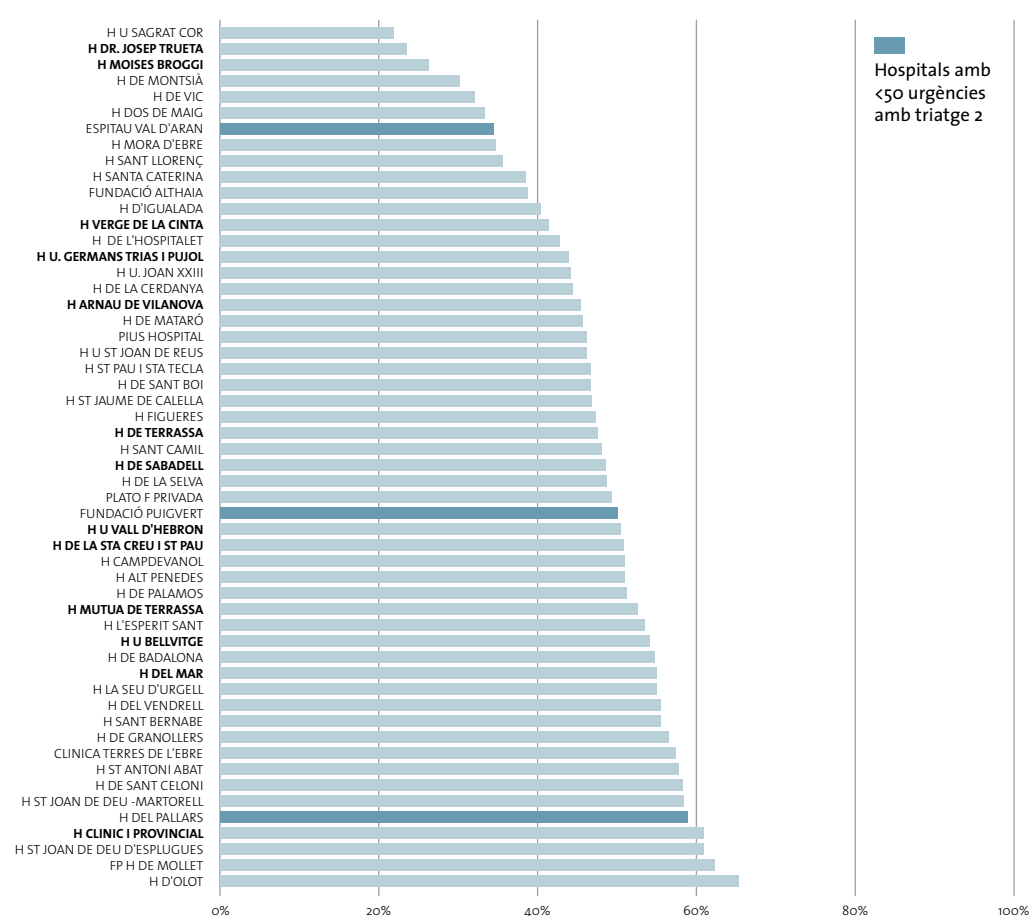
S'analitzen les patologies més freqüents per a aquest nivell de triatge. El grup més freqüent és el de les **lesions i intoxicacions** (45,1%) un terç de les quals corresponen a lesions superficials, 528 a altres lesions, 384 a lesions intracranials, 76 a lesions per esclafament o internes, fractures obertes o tancades, etc. i el 51% acaben sent donades d'alta al domicili. Les patologies de l'**aparell circulatori** (22,3%) són el grup de patologies amb més mortalitat i que necessiten ingrés al mateix centre o en algun altre, un 9% són donats d'alta. Les **malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits** (7,8%) són fonamentalment epilèpsies i convulsions (228 urgències) i coma o estupor (118 urgències), en més de la meitat dels casos són ingressats, i un 39% van al domicili. Les **malalties de l'aparell respiratori** representen un 7% de les urgències, d'aquestes un terç són fallides i insuficiència respiratòria, un altre terç són

malalties respiratòries de vies baixes i la resta pneumònies, MPOC, etc. En aquesta categoria les altes al domicili són el 12%. Pel que fa als **trastorns mentals**, el 4,7% de les urgències, un terç són trastorns associats a l'alcohol, en menor proporció problemes d'addicions a altres drogues, trastorns d'ansietat, esquizofrènies, etc. El 62% dels casos són donats d'alta al domicili.

Triatge 2 amb risc vital previsible

L'any 2016, les urgències amb nivell de triatge 2 han estat 171.591, i representen el 4,9% de les urgències hospitalàries. Hi ha centres que atenen un nombre baix d'aquestes urgències, quan aquest nombre és inferior a 50 s'han marcat amb un color diferent a la figura (en blau), prop del 50% (71.840) d'aquestes són donades d'alta des del servei d'urgències.

Figura 5. Percentatge d'altes a domicili de les urgències amb nivell de triatge 2 per hospital, 2016



Aquest percentatge presenta una gran variabilitat, encara que és molt inferior a la de les urgències amb triatge 1, ja que són donades d'alta des de poc més del 20% a més del 60%. Aquest grup d'urgències, globalment, continuen tenint un percentatge elevat d'ingrés (42,3%; 71.840 urgències) i una proporció menor en les altres categories: derivació posttracament a un altre centre assistencial (6,0%; 10.194 urgències) i mortalitat molt inferior a la del grup anterior (0,6%; 1.066 urgències). En aquest darrer cas, com en les altes al domicili, també hi ha una gran variabilitat entre centres (figura 6).

Figura 6. Situació a l'alta de les urgències amb nivell de triatge 2 per hospital, 2016

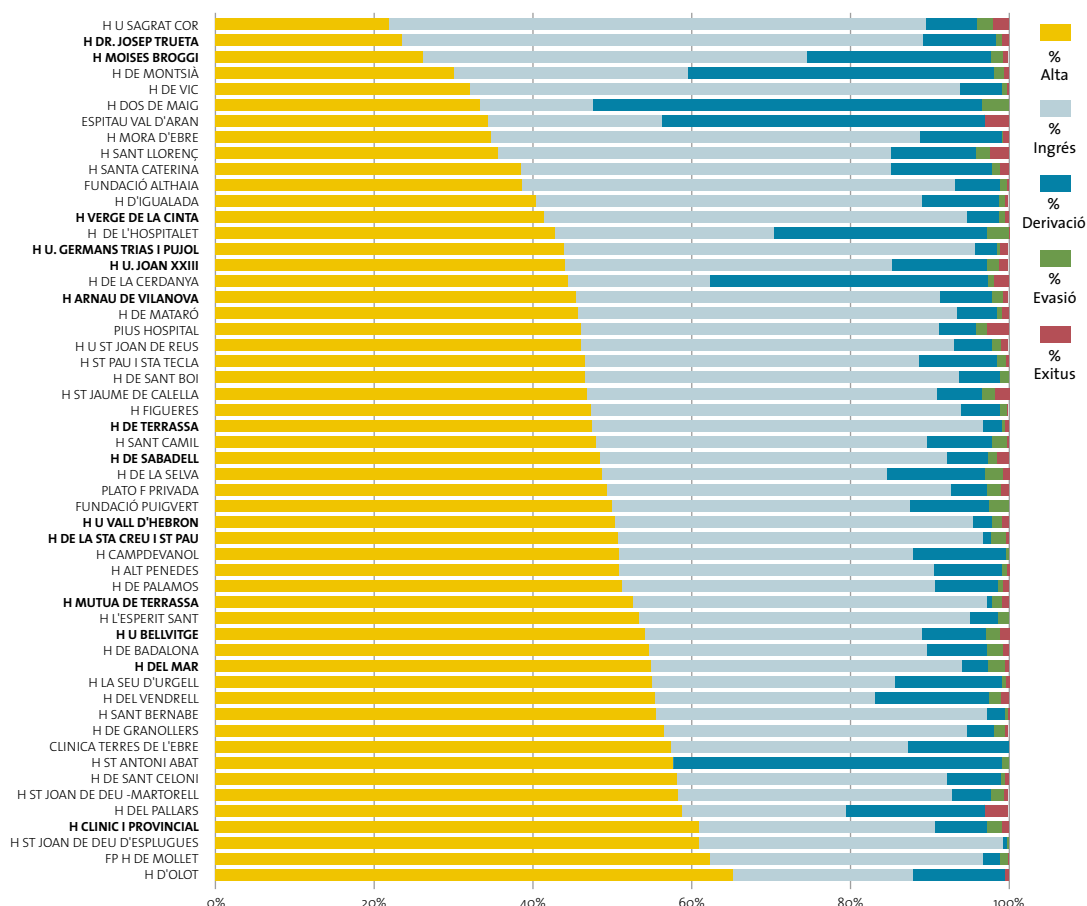
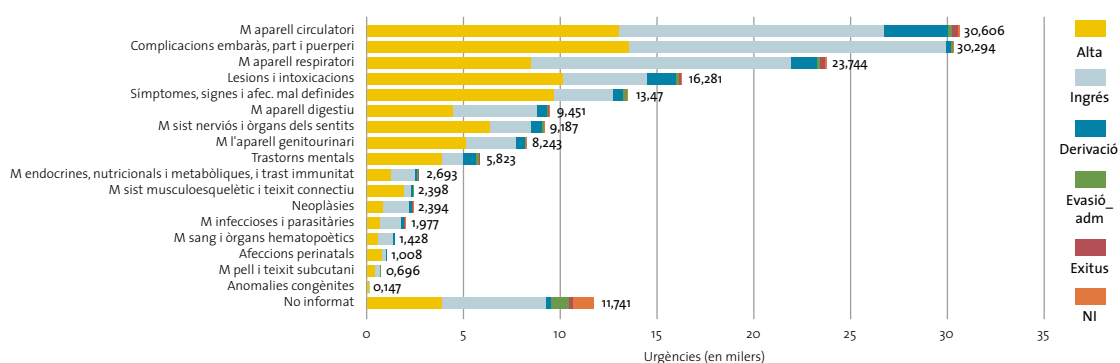


Figura 7. Tipus de patologia de les urgències amb nivell de triatge 2 segons la situació a l'alta, 2016



S'analitzen les patologies més freqüents per a aquest nivell de triatge, que tenen una distribució força diferent de les que presenten els malalts amb un nivell de triatge 1. En les patologies de l'**aparell circulatori** (17,8%), el 55,5% dels casos necessiten ingrés al mateix centre o en algun altre, un 42,5% són donats d'alta. Una de cada 5 urgències són dolor toràcic inespecífic i una de cada 5 un AVC. Altres patologies freqüents són l'arritmia, la insuficiència cardíaca, l'aterosclerosi, l'infart, etc. En el grup de les **complicacions de l'embaràs, part i puerperi** (17,7% de les urgències), el 55% necessiten ingrés al mateix centre o en algun altre i un 44,6% són donades d'alta; dins d'aquest grup les causes més freqüents són: part normal (al voltant del 35%), amenaça de part, problemes en la cavitat amniòtica, sofriment

fetal, hemorràgia durant l'embaràs, etc. Les **malalties de l'aparell respiratori** representen un 13,8% de les urgències, una quarta part són bronquitis agudes, seguides d'asma, MPOC i malalties de vies baixes, pneumònies, fallida i insuficiència respiratòria. El grup de les **lesions i intoxicacions** representa el 9,5% i el 62,2% acaben sent donades d'alta al domicili.

Triatge 3 amb potencial risc vital

L'any 2016, les urgències amb nivell de triatge 3 són 1.102.652, que representen el 31,5% de les urgències hospitalàries. Malgrat que el nivell de triatge no indica la complexitat, les urgències amb nivell de triatge 3 són menys complexes que les anteriors. En aquest cas, són donats d'alta al domicili un 73,7% dels casos, la mortalitat baixa al 0,1% i necessiten ser ingressats en el mateix centre o en algun altre el 24% de les urgències.

Figura 8. Percentatge d'altres al domicili de les urgències amb nivell de triatge 3 per hospital, 2016

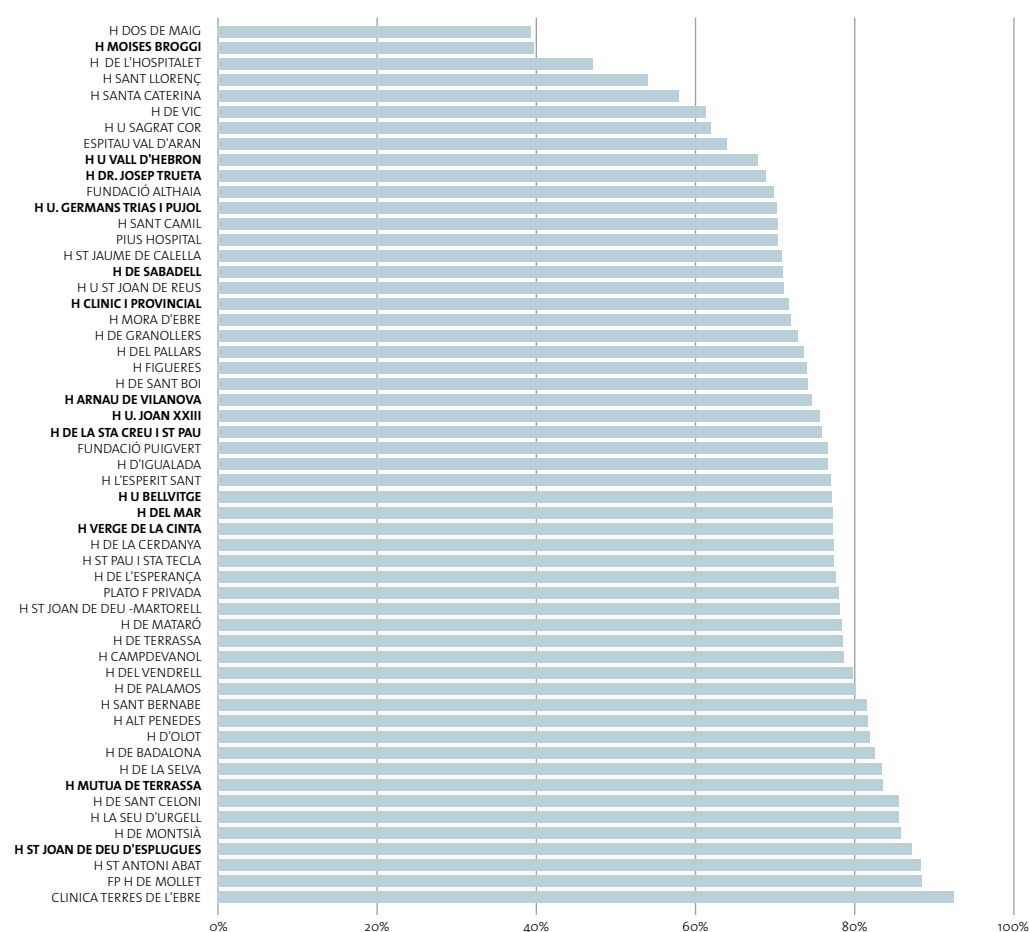


Figura 9. Situació a l'alta de les urgències amb nivell de triatge 3 per hospital, 2016

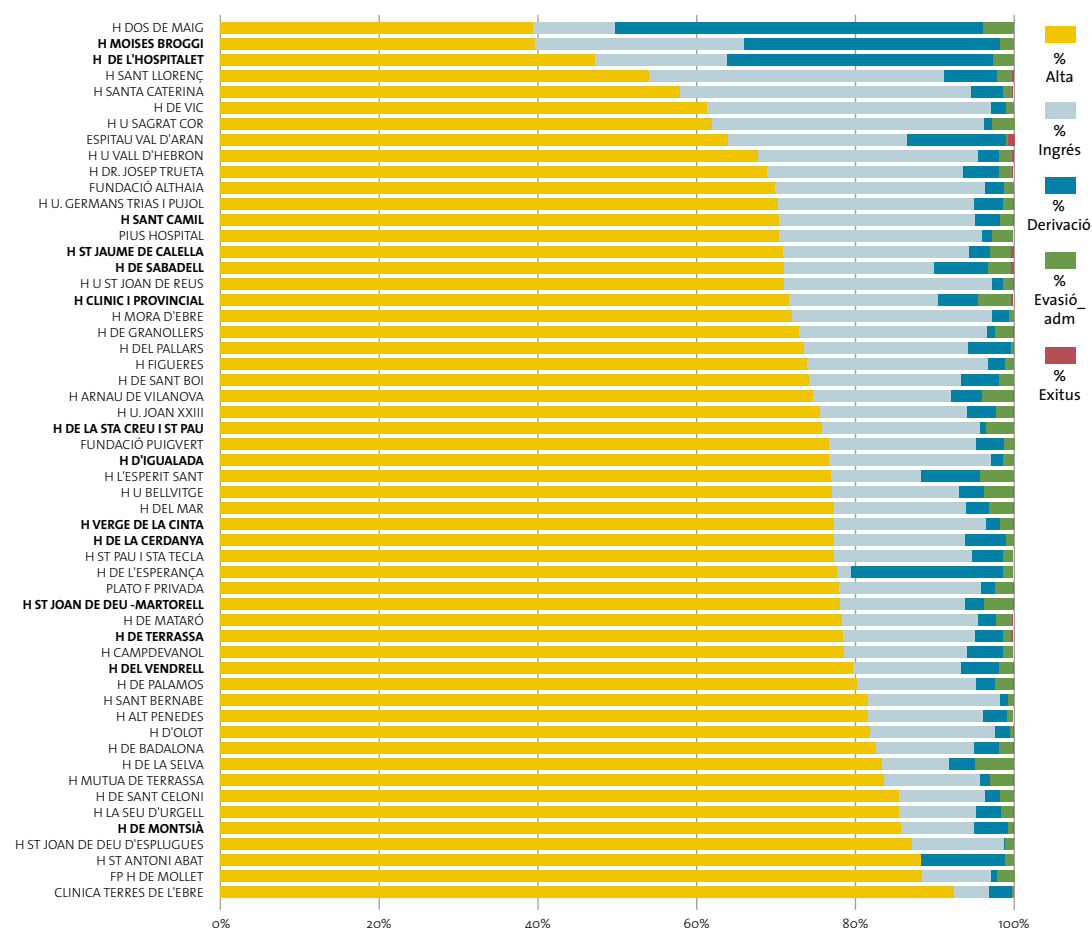
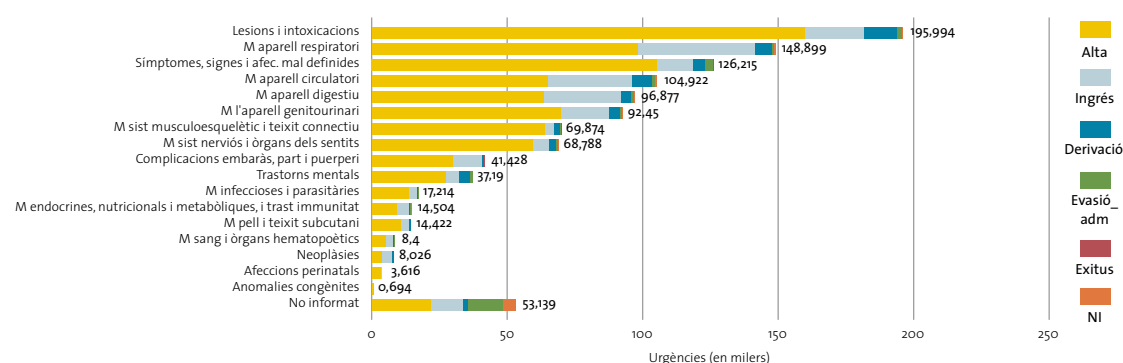


Figura 10. Tipus de patologia de les urgències amb nivell de triatge 3 segons la situació a l'alta, 2016



Les patologies que requereixen un **percentatge més elevat d'ingrés** (al mateix centre o en un altre), malgrat no ser les més freqüents, són les neoplàsies (54,7%), les malalties de la sang i els òrgans hematopoètics (39%), les malalties de l'aparell circulatori (37%), les malalties endocrines, nutricionals i metabòliques i els trastorns de la immunitat (35,1%) i les malalties de l'aparell digestiu i de l'aparell respiratori (33%). Mentre que les que **presenten major proporció d'alta a domicili** són les malalties del sistema musculoesquelètic i teixit connectiu (91,1%), les malalties del sistema nerviós i òrgans dels sentits (86,4%), les afeccions perinatales (84%), el grup de símptomes, signes i afeccions mal definides i factors que afecten la salut (83,5%) i les lesions i intoxicacions (81,6%).

